



UC/FPCE — 2015

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Processamento da Ameaça na Psicose: o contributo  
da autoaversão, dos medos da compaixão e do  
*mindfulness***

Diana Marisa Henriques Carvalho (e-mail:  
[diana.h.carvalho@gmail.com](mailto:diana.h.carvalho@gmail.com))

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde,  
subespecialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas  
Perturbações Psicológicas e Saúde, sob a orientação de Professora  
Doutora Paula Castilho

**Processamento da Ameaça na Psicose: o contributo da autoaversão, dos medos da  
compaixão e do *mindfulness***

Diana Marisa Henriques Carvalho

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, subespecialização em  
Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, sob a  
orientação de Professora Doutora Paula Castilho



**FPCEUC** FACULDADE DE PSICOLOGIA  
E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE DE COIMBRA

## **Agradecimentos**

À Professora Doutora Paula Castilho, pelo ensino e conhecimento partilhado, ao longo destes 5 anos, mas especialmente neste último. Pelo apoio e tranquilização nas horas de dúvida, por ver o que eu ainda não consigo. Por todo o incentivo e por me motivar a ser melhor e a fazer melhor.

Ao Professor Doutor Pinto Gouveia, pelo imenso conhecimento partilhado ao longo do curso, por me ajudar a ver o mundo com outra luz. A todos os restantes professores com quem tive o prazer de aprender, pelo seu contributo para a pessoa que sou hoje.

À Doutora Maria João Martins, por toda a ajuda e disponibilidade, pelo apoio, pela partilha de experiências e pelo encorajamento ao longo deste ano.

Aos psiquiatras e psicólogos nas instituições em que foi conduzido o estudo, pela disponibilidade e apoio nas recolhas. Aos doentes, por aceitarem ajudar, mesmo quando era difícil confiar em nós.

E, depois, aos de sempre:

Aos meus pais, por todo o amor, carinho e apoio, não só durante estes cinco anos, mas durante toda a minha vida. Por serem o meu suporte. Obrigada por todos os esforços que fizeram para que eu possa estar onde estou hoje. Aos meus familiares por todo o incentivo, carinho e preocupação. Por pensarem em mim mesmo estando longe.

À Matilha! Por estarem sempre aqui, mesmo quando não estão fisicamente. Pelo ombro amigo e pela ajuda, mesmo quando não sabem que estão a ajudar.

Às minhas amigas de Coimbra: Ju, Patrícia, Tatiana, pelas horas boas, pela partilha das mágoas e dos sucessos. Levo-vos comigo. Obrigada também à Verónica, pela presença constante este ano, pelo incentivo e pela compreensão.

Às colegas do grupo de mestrado com quem partilhei esta caminhada, que sempre estendiam uma mão amiga e dispunham de um encorajamento quando me sentia mais perdida. Obrigada particularmente à Carolina, com quem partilhei as recolhas.

A todos, o meu muitíssimo obrigada!

## **Nota Introdutória**

As perturbações psicóticas são doenças caracterizadas pela presença de uma série de sintomas, que se podem manifestar a nível cognitivo, emocional e comportamental (Oliver, Joseph, Byrne, Johns & Morris, 2013). De entre estes sintomas, um dos mais comuns são as ideias delirantes. Estes são crenças ou ideias fixas que o doente tem e que não são alteradas, mesmo quando são apresentadas evidências que as contrariam (APA, 2014). As ideias delirantes ter temas variados, sendo que os mais comuns são os persecutórios e de autoreferência (APA, 2014; Hepworth, Startup & Freeman, 2013). Um dos fatores que pode contribuir para o desenvolvimento e manutenção dos delírios são as emoções (Freeman & Garety, 2003) e o processamento afetivo negativo (Hepworth *et al.*, 2013). A investigação tem mostrado que alguns estados emocionais, como a ansiedade, o humor deprimido e a auto-estima estão relacionados com a ocorrência e manutenção de sintomas psicóticos (Freeman & Garety, 2003; Lincoln *et al.*, 2013). Tendo isto em conta, parece importante estudar outras emoções que tenham o potencial de contribuir também para esta sintomatologia.

A paranoia está ainda associada a uma maior sensibilidade e processamento da ameaça, que começa a ser determinada na infância devido a dificuldades ao nível do sistema de afiliação-tranquilização (Freeman & Garety, 2003; Gilbert, 1998; Gilbert, 2005). Uma das emoções mais relacionadas com este sistema é a compaixão.

Tendo isto em consideração, neste estudo pretendemos estudar a forma como a emoção da auto-aversão, os medos da compaixão e o *mindfulness* interferem ao nível da frequência, grau de convicção e transtorno causado pelas ideias delirantes.

## **Artigo**

Carvalho, D. & Castilho, P. (2015). *A influência da autoaversão, dos medos da compaixão e do mindfulness nas ideias delirantes.*

Manuscrito em Preparação

**A influência da autoaversão, dos medos da compaixão e do *mindfulness* nas ideias delirantes**

Diana Carvalho<sup>1</sup>

Paula Castilho<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup> Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

<sup>2</sup> Centro de Investigação e Intervenção Cognitivo-comportamental (CINEICC)

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada a:

Diana Carvalho

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação

Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, Apartado 6153

3001-802 Coimbra, Portugal

Email: [diana.h.carvalho@gmail.com](mailto:diana.h.carvalho@gmail.com)

## Resumo

As ideias delirantes são um dos sintomas mais comuns das perturbações psicóticas.

Um dos fatores que contribui para o seu desenvolvimento são as emoções (Freeman & Garety, 2003). A paranoia está também associada a uma maior sensibilidade à ameaça, que pode estar relacionada com dificuldades ao nível do sistema de afiliação-tranquilização, sendo a compaixão uma das emoções mais relacionadas com este sistema (Freeman & Garety, 2003; Gilbert, 1998; Gilbert, 2005). Nos últimos anos tem-se integrado a prática de *mindfulness* nas intervenções com doentes psicóticos, de forma a ajudá-los a lidar com os seus sintomas e a diminuir o sofrimento associado (Chadwick et al., 2005; Khoury et al., 2013). Tendo isto em conta, neste estudo pretendemos perceber melhor a forma como a autoaversão, os medos da compaixão e o *mindfulness* interferem ao nível da frequência, grau de convicção e transtorno causado pelas ideias delirantes.

Os resultados mostram que, de um modo geral, estas variáveis se associam com a paranoia, sendo que a componente de ativação defensiva da auto-aversão e a faceta Descrever do *mindfulness* são as que mais contribuem para o transtorno causado pelas ideias delirantes e o medo da autocompaixão a que mais contribui para a sua frequência. Para além disto, a faceta Descrever do *mindfulness* mostrou mediar a relação entre a ativação defensiva da autoaversão e o transtorno causado pelas ideias delirantes.

Os nossos resultados mostram que a auto-aversão, os medos da compaixão e o *mindfulness* podem ter um impacto importante nas ideias delirantes, o que pode ser relevante para as intervenções utilizadas no tratamento desta população clínica.

**Palavras-Chave:** Psicose, Ideias Delirantes, Auto-aversão, Medos da Compaixão, *Mindfulness*.



## Abstract

Delusions are one of the most common symptoms of psychotic disorders. One of the factors that contributes for its development are emotions (Freeman & Garety, 2003). Paranoia is also associated with a greater threat sensitivity, which can derive from difficulties in the soothing system (Freeman & Garety, 2003; Gilbert, 1998; Gilbert, 2005). Compassion is related to this system. In the past few years, there has been an integration of mindfulness practices on interventions with psychotic patients, as an effort to help them cope with their symptoms and decrease distress (Chadwick et al., 2005; Khoury et al., 2013). Considering this, in this study we intend to understand how self-disgust, fears of compassion and mindfulness interfere with the frequency, degree of conviction and distress caused by delusions. These variables presented associations with paranoia, wherein the Defensive Activation factor of self-disgust and the Describe facet of mindfulness were the ones that contributed the most to the distress caused by delusions and fear of self-compassion was the one that contributed the most for their frequency. Moreover, the Describe facet of *mindfulness* mediated the relationship between self-disgust's Defensive Activation and the distress caused by delusions. In sum, our results show that self-disgust, fears of compassion and mindfulness can have an important influence on delusions, which can be useful to the development of interventions for this disorder.

**Keywords:** Psychosis, Delusions, Self-Disgust, Fears of compassion, Mindfulness

## I – Introdução

### 1.1. Psicose: Caracterização e Dados Epidemiológicos

O termo “perturbações psicóticas” é utilizado para nos referirmos a diferentes perturbações, cujos sintomas se reportam a certas características principais, distinguindo-se assim das demais perturbações psicológicas. De uma forma geral, as perturbações incluídas nesta categoria têm uma prevalência na população de menos de 1% (APA, 2014). Uma das perturbações psicóticas mais comuns é a esquizofrenia que tem, em termos medianos, uma prevalência de 4.6 em cada 1000 pessoas (Saha, Chant, Welham & McGrath, 2005). A esquizofrenia apresenta ainda uma taxa de incidência superior no sexo masculino relativamente ao feminino, e nos grupos migratórios comparativamente aos nativos do país de acolhimento, o que se verifica também noutras perturbações psicóticas (McGrath *et al.*, 2004; Oliver & Fearon, 2008).

Genericamente, o início das perturbações psicóticas dá-se no final da adolescência ou início da idade adulta, sendo que os homens tendem a sofrer o primeiro episódio psicótico 3 ou 4 anos antes das mulheres, as quais podem ter outro pico de início da doença após os 45 anos de idade (Cannon & Clarke, 2005b). Relativamente à etiologia da psicose, há evidências que o seu desenvolvimento se deve à interação entre diversos fatores, de ordem genética, biológica, ambiental, psicológica e social (Cannon & Clarke, 2005a; Oliver, Joseph, Byrne, Johns & Morris, 2013), sendo que alguns destes foram já identificados. Há fatores que podem ocorrer ao longo da vida dos sujeitos que, em interação com a herança genética, podem levar ao desenvolvimento da doença (Cannon & Clarke, 2005a). Por exemplo, infeções virais ou bacterianas (e.g. rubéola, poliovírus), bem como outras complicações durante a gravidez e o parto podem aumentar o risco de esquizofrenia assim que o bebé chegar à idade adulta (Cannon & Clarke, 2005a). Adversidades tais como abusos físicos e/ou sexuais na infância, a pertença a uma minoria étnica e a discriminação, bem como dificuldades no ajustamento social durante

a adolescência parecem também estar associados a um maior risco para a psicose (Freeman & Garety, 2003; Oliver & Fearon, 2008). Mais tarde, estes fatores de risco tornam-se também fatores de manutenção do problema (e.g. história de esquizofrenia na família e maiores défices ou complicações no desenvolvimento da criança podem predizer um pior prognóstico da doença na idade adulta) (van Os, Jones, Sahm, Bebbington & Murray, 1998).

Estas perturbações têm algumas características transversais, nomeadamente os delírios, as alucinações (auditivas e/ou visuais), o pensamento desorganizado, o comportamento motor anormal e os sintomas negativos (e.g. avolição, diminuição da expressão emocional, anedonia, isolamento social) (APA, 2014). Estas perturbações são muito heterogêneas, pelo que nem que todos os sintomas ocorrem em todas as perturbações psicóticas, para além de que se podem manifestar de forma diferente de doente para doente (APA, 2014, Oliver *et al.*, 2013). Um dos sintomas mais comuns entre as perturbações psicóticas são os delírios (ou ideias delirantes). Estes são crenças ou ideias fixas do doente que não são alteradas, mesmo quando são apresentadas evidências que as contrariam (APA, 2014). Podem ter temas variados, sendo que os mais comuns são os delírios persecutórios (crença de que alguém o quer magoar ou prejudicar de alguma forma) e de autoreferência (crença de que os comentários dos outros lhe são dirigidos) (APA, 2014; Hepworth, Startup & Freeman, 2013). A etiologia da ideação delirante pode ser atribuída a determinados fatores externos, mas também a fatores de natureza cognitiva ou emocional (Lincoln, Hohenhaus & Hartmann, 2013). Segundo Morrison (2001), estes sintomas surgem na sequência de interpretações erróneas que os doentes fazem acerca de intrusões (pensamentos indesejáveis que aparecem repetidamente) na sua consciência, e mantêm-se através de comportamentos de segurança que os visam controlar. Quando estas intrusões surgem, o doente interpreta-as de uma forma desadaptativa e que não é culturalmente aceitável ou compreensível (e.g. interpretar que um convite para jantar foi feito com o objetivo de o envenenar), sendo esta característica essencial para distinguir um delírio de outros

pensamentos (e.g. pensamentos obsessivos) (Morrison, 2001). Outro fator que pode contribuir para o desenvolvimento e manutenção dos delírios são as emoções (Freeman & Garety, 2003) e o processamento afetivo negativo (Hepworth *et al.*, 2013). A investigação tem mostrado que alguns estados emocionais, tais como a ansiedade, o humor deprimido e a auto-estima estão relacionados com a ocorrência e manutenção de sintomas psicóticos (Freeman & Garety, 2003; Lincoln *et al.*, 2013). Freeman e Garety (2003) sugerem que o conteúdo dos delírios pode refletir o estado emocional do doente e que outras emoções, tais como o nojo, a culpa e a vergonha podem ter uma influência importante no desenvolvimento destes sintomas.

## **1.2. Sistemas de Regulação de Afeto: o processamento da ameaça e a Paranoia**

Partindo da investigação na área das neurociências e da Psicologia Evolucionária, Gilbert propôs um modelo tripartido de regulação do afecto, em que são identificados três sistemas, orientados para as ameaças, a obtenção de recursos e a afiliação, e através do qual se pode compreender a psicopatologia (Kelly, Zuroff, Leybman & Gilbert, 2012). Estes sistemas referem-se a um conjunto de processos internos e estratégias que visam regular o comportamento dos sujeitos, sendo ativados conforme as exigências do meio (Gilbert, 2005). O sistema de Defesa-Ameaça é o sistema que é ativado quando o cérebro percebe uma ameaça no ambiente (e.g. perigos à integridade física, obstáculos à realização de objetivos, situações novas), com o objetivo de proteger e defender o indivíduo dos perigos (Gilbert, 2005). Parte da resposta desencadeada acontece em termos emocionais, estando este sistema mais relacionado com o afecto negativo, particularmente com a raiva, a ansiedade, a aversão e a tristeza (Gilbert, 2005; Kelly *et al.*, 2012). Note-se que, apesar de na maioria das vezes estas respostas defensivas serem orientadas em relação ao exterior, as pessoas também podem orientar estes comportamentos para si próprias (Gilbert, 2005).

Por outro lado, o sistema de tranquilização-afiliação é ativado quando as pessoas se sentem seguras, desencadeando comportamentos pró-sociais de interação com o meio e com os outros, que envolvem o cuidado e carinho por estes (Gilbert, 2005). Estes comportamentos geram respostas equivalentes, o que contribui para a tranquilização do indivíduo e para a desactivação do sistema de defesa-ameaça (Kelly et al., 2012). Dada a natureza deste sistema, este está mais relacionando com afeto positivo, nomeadamente com a compaixão e a tranquilização (Gilbert, 2005). Para além destes dois sistemas existe um terceiro, o sistema de impulso (“*drive*”), que está relacionado com a procura de recursos e recompensas e com o cumprimento de objetivos (Gilbert, 2005). Estes sistemas não existem independentemente uns dos outros, mas estão antes em constante interação, provocando efeitos recíprocos uns nos outros.

De uma forma geral, a psicopatologia está associada ao processamento da ameaça e do medo, não sendo a psicose uma exceção a este facto, dado que para o seu desenvolvimento contribuem (entre outros fatores) o afeto negativo e as avaliações (erróneas) de ameaça (Freeman & Garety, 2003; Gilbert, 1998). Estes doentes apresentam uma marcada sensibilidade à ameaça, que começa a ser determinada na infância: quando as crianças estão sujeitas a um ambiente que é ameaçador e em que as suas necessidades não são atendidas, o sistema de ameaça sofre um maior desenvolvimento do que os outros, o que faz com que seja mais facilmente ativado na idade adulta (Gilbert, 2005). Há vários fatores que contribuem para a constituição deste tipo de ambientes, como abuso (físico e sexual) e negligência na infância, controlo excessivo e pouco afetivo por parte dos cuidadores, bullying, violência doméstica, pobreza e discriminação social (Bebbington et al., 2004; Myin-Germeys & van Os, 2006; Read & Gumley, 2008). Para além disto, também há evidências que os doentes com psicose estabelecem, na sua infância, relações de vinculação com os outros desorganizadas ou

inseguras, o que parece sugerir uma falha ou um sub-desenvolvimento do sistema de afiliação-tranquilização (Liotti & Gumley, 2009).

É reconhecido que os doentes psicóticos têm dificuldades em criar relações afiliativas com os outros, em parte devido aos seus estilos de vinculação inseguros e desorganizados (Laithwaite et al., 2009). Isto pode contribuir para o desenvolvimento de uma mentalidade social focada na ameaça, a qual dirige a atenção do doente para possíveis ameaças provenientes dos outros e faz com que tenham mais dificuldades em confiar neles (Laithwaite et al., 2009; Matos, Pinto-Gouveia & Gilbert, 2012). Nestes doentes é também comum medo das intenções dos outros (Matos et al., 2012). Estes medos podem estar associados à ansiedade causada pelas posições de ranking social dentro dos grupos, onde frequentemente os indivíduos em posições dominantes ameaçam e prejudicam os que estão numa posição mais baixa que, para se protegerem, recorrem ao evitamento ou à submissão (Matos et al., 2012). A paranoia está relacionada com o medo de intenções hostis ou maldosas dos outros para com o indivíduo, o que a liga evolucionariamente à deteção de ameaças para o *self* (Matos et al., 2012). As crenças paranoides apontam para uma perceção do mundo como perigoso e para uma necessidade de proteger o *self* contra as ameaças sociais do meio (Mills, Gilbert, Bellew, McEwan & Gale, 2007). Estas perceções do *self* como vulnerável perante outros dominantes e o foco nas pistas de ameaça parece indicar uma sobreativação do sistema de defesa-ameaça nestes doentes e origina comportamentos de submissão e comparações sociais negativas (Matos et al., 2012). Isto remete para a emoção de vergonha, particularmente na sua dimensão externa, que está também muito relacionada com os sintomas psicóticos e com a sua manutenção (Matos et al., 2012). Viegas e Castilho (2013) procuraram perceber se o primeiro episódio psicótico pode constituir um acontecimento traumático de vergonha e qual a sua relação com sentimentos atuais de vergonha e com a paranoia. Os resultados sugerem que o primeiro episódio psicótico poderá constituir-se como uma experiência traumática de vergonha, e ao estar associado a

vergonha externa, contribui significativamente para a ideação paranoide. Para além disto, mostrou-se que a vergonha externa é um mediador da relação entre o impacto de uma memória traumática (primeiro episódio) e a paranóia (frequência e o transtorno). Os dados sugerem que a vergonha é uma emoção central na experiência paranóide. Outros estudos mostraram que após um episódio ou crise psicótica os doentes experienciam ameaças internas maior: vozes críticas e desvalorizadoras, memórias traumáticas, vergonha, autocrítica (relacionado com os delírios) e nojo, que mantêm o elevado nível de ameaça interna que sentem, *stress* e *entrapment* (Gilbert et al., 2001, Birchwood, Meaden, Trower, Gilbert, & Plaistow, 2000).

### **1.2.1. Bloqueios do Sistema de Afiliação e Tranquilização: o Medo da Compaixão**

A compaixão é uma das emoções ligadas ao sistema de afiliação-tranquilização e traduz uma abertura ao sofrimento (tanto da própria pessoa que a sente como dos outros), bem como uma vontade de o compreender e aliviar, mas sem o julgar, o que implica empatia e cuidado, tanto para os outros como para a própria pessoa (Gilbert, 2005; Gilbert, McEwan, Matos & Ravis, 2011). A compaixão (tanto pelos outros como pelo próprio) contribui para a regulação e diminuição do afeto negativo, de respostas de ansiedade e da psicopatologia em geral, bem como para o aumento do afeto positivo e estabelecimento de relações afiliativas com os outros (Gilbert et al., 2011; Gilbert et al., 2012). Apesar disto, alguns indivíduos sentem grandes dificuldades quando recebem compaixão dos outros ou quando a dirigem a si próprios (auto-compaixão), considerando estes sentimentos ameaçadores (Gilbert et al., 2011). Nos doentes psicóticos, são comuns as dificuldades na regulação do afecto, a par de uma maior sensibilidade à ameaça, o que muitas vezes resulta em medo dos outros (Russel et al., 2000). As pobres capacidades de se ligarem com os outros e consigo próprios pode aumentar o sofrimento, o evitamento, o isolamento social e o risco de recaída nesta população (Gumley, Braehler, Laithwaite, MacBeth & Gilbert 2010).

Os medos que as pessoas sentem em relação à compaixão podem ser divididos em três tipos, nomeadamente o medo de receber compaixão dos outros, o medo de sentir compaixão pelos outros e o medo da auto-compaixão (Gilbert et al., 2011). O medo de receber compaixão dos outros pode resultar de uma incapacidade para lidar com uma série de emoções desencadeadas nessas alturas, dado que os sentimentos de calor que surgem devido a essa compaixão podem ativar afeto negativo, bem como um sentimento de solidão (Gilbert et al., 2011). Já o medo de sentir compaixão pelos outros pode estar relacionado com dificuldades em lidar com o sofrimento (tanto o seu como o dos outros), o que faz com que indivíduos mais evitantes se tentem distanciar deste (Gilbert et al., 2011). Por último, o medo da auto-compaixão é muito comum em pessoas que têm um passado abusivo ou pouco afectivo, o que muitas vezes resulta em que nem sequer consigam reconhecer esta emoção, pois nunca a sentiram, ou que sintam que não a merecem (Gilbert et al., 2011). O medo de receber compaixão e o medo de sentir auto-compaixão estão muito correlacionados, para além de se relacionarem com auto-criticismo e depressão (Gilbert et al., 2011), bem como com dificuldades no *mindfulness* e alexitimia (dificuldades em compreender e expressar emoções verbalmente) (Gilbert et al., 2012). De facto, o medo de experienciar compaixão está relacionado com a psicopatologia em geral (Gilbert et al., 2012).

De forma a aumentar a compaixão destes doentes, nos últimos anos tem-se vindo a usar a Terapia Focada na Compaixão nesta população, sendo que os estudos apontam, de um modo geral, para uma melhoria dos sintomas e de outros problemas associados (Braehler et al., 2013; Laithwaite et al., 2009).

### **1.3. Auto-aversão e paranoia**

As emoções negativas defensivas, como a tristeza, a ansiedade, o *stress*, a raiva e a vergonha, podem ter um papel importante no desenvolvimento e manutenção dos delírios,



sendo que a ativação deste tipo de afeto está relacionada com a forma como estes doentes se relacionam com os seus próprios sintomas (Freeman & Garety, 2003; Lincoln, Lange, Burau, Exner & Moritz, 2009; Viegas & Castilho, 2013). Uma vez que os sintomas psicóticos são difíceis de lidar e perturbadores, muitas vezes são encarados de uma forma negativa pelos doentes, como algo a evitar ou suprimir (Oliver *et al.*, 2013). Sendo a auto-aversão uma emoção defensiva que está relacionada com processos internos e mesmo com a forma como o indivíduo se vê a si próprio, poderá também ter alguma influência na forma como o doente lida com a sua doença psicótica. Dados de estudos empíricos e de experiência clínica mostram que a resistência dos doentes psicóticos ao abordar a sua doença e, sobretudo, ao explorar os seus efeitos emocionais (o que isso o faz sentir, como sente isso no corpo, o que isso representa para si) estão associados a menor envolvimento na terapia, a défices na mentalização e empatia (Braehler & Schwannauer, 2011) e a piores resultados terapêuticos (Thompson, McGorry & Harrigan, 2003). Estes dados mostram a importância de avaliar e de trabalhar em terapia as emoções negativas que surgem em consequência da doença psicótica, sendo que a auto-aversão pode ser uma dessas emoções. A aversão é uma emoção básica que se caracteriza por uma rejeição ou recusa de certos estímulos ou substâncias que a pessoa considera potencialmente contaminantes ou prejudiciais para o organismo (Olatunji & Sawchuck, 2005; Rozin, Haidt & McCauley, 2000). Caso estas substâncias tenham sido ingeridas, por serem tóxicas, esta emoção estimula a sua expulsão e/ou eliminação (Olatunji & Sawchuck, 2005). A componente comportamental desta emoção é o afastamento ou evitamento dos estímulos aversivos (Rozin *et al.*, 2000). Este evitamento pode ser feito de uma forma ativa (quando as pessoas se afastam do estímulo, por exemplo, saindo do local onde este estão) ou passiva (envolve ações como fechar os olhos, tapar o nariz ou olhar para o lado) (Olatunji & Sawchuck, 2005). Parte do processo de distinção entre o que é ou não aversivo é influenciado pela cultura, já que essa informação é ensinada aos indivíduos ao longo do seu desenvolvimento (Olatunji & Sawchuck,

2005). Por ser uma emoção, a aversão tem também uma componente fisiológica, a náusea, associada a uma expressão facial, caracterizada por uma retração do lábio superior, cantos da boca orientados para baixo, nariz engelhado e olhos semicerrados (Olatunji & Sawchuck, 2005; Rozin *et al.*, 2000).

Em termos evolucionários, a aversão constitui uma resposta de defesa contra alimentos que nos podem fazer mal, mas séculos de evolução tornaram esta emoção mais complexa, sendo que hoje há mais estímulos que têm o potencial de desencadear esta resposta emocional (Rozin *et al.*, 2000). Assim, a aversão pode também surgir devido ao contacto direto com outras pessoas ou com objetos pertencentes a pessoas indesejáveis (aversão interpessoal) e devido a ações consideradas imorais ou à quebra de normas sociais (aversão moral) (Ille *et al.*, 2014; Rozin *et al.*, 2000). Esta faceta interpessoal e moral da aversão tem a função de proteger e manter a integridade moral do *self*, bem como evitar a aquisição de certas características ou comportamentos indesejados, e está muito associada às emoções de vergonha e culpa (Ille *et al.*, 2014; Olatunji & Sawchuck, 2005).

Os estímulos desencadeadores da aversão podem ter um foco externo (e.g. ambiente) e um foco interno (dirigido ao *self*, isto é, as pessoas podem sentir nojo em relação às suas próprias características pessoais) (Ille *et al.*, 2014). Este tipo de aversão denomina-se auto-aversão e poderá estar relacionado com a aversão moral, sendo a sua função ajudar a controlar a atratividade social de uma pessoa (Ille *et al.*, 2014). Fisiologicamente e em termos comportamentais, a aversão dirigida ao *self* é semelhante à aversão dirigida para o exterior (Ille *et al.*, 2014).

Apesar da evidente escassez em termos de investigação, os dados existentes revelam que a auto-aversão pode ter um papel significativo em algumas perturbações psicológicas. Num estudo recente, Ille *et al.* (2014) compararam uma amostra clínica (com diagnósticos de depressão major, esquizofrenia, perturbação de personalidade borderline, perturbações

alimentares e fobia a aranhas) com uma amostra da população normal. Os resultados mostraram que o grupo clínico reporta mais auto-aversão comparativamente com o grupo de controlo, sendo que os doentes com perturbação de personalidade *borderline* e com perturbações alimentares apresentaram valores médios mais elevados nesta emoção. Os doentes com depressão e esquizofrenia apresentaram níveis elevados apenas na auto-aversão pessoal. Para além disto, o psicoticismo e a hostilidade surgiram como os melhores preditores da auto-aversão pessoal no grupo clínico, particularmente na esquizofrenia (Ille *et al.*, 2014).

Carreiras e Castilho (2014) desenvolveram uma medida (MSDS) que avalia a auto-aversão de forma multidimensional, em quatro subescalas (Ativação Defensiva, Cognitivo-emocional, Evitamento e Exclusão), que incluem as componentes cognitiva, comportamental e fisiológica da emoção. No estudo original, esta escala correlacionou-se positivamente com o evitamento experiencial, com o autocriticismo (*eu* inadequado e detestado), com a depressão e com a ansiedade. Para além disto, os mesmos autores mostraram ainda que a relação entre memórias de ameaça e subordinação na infância e a autoaversão (conforme medida pela MSDS) é mediada pela vergonha externa e pelo evitamento experiencial, o que sugere que experiências negativas na infância com figuras significativas pode ter um efeito importante no desenvolvimento da auto-aversão.

#### **1.4. *Mindfulness* na Psicose**

O *mindfulness* é um tipo de meditação, que pode ser entendido como o focar de atenção intencional no momento presente, aceitando as sensações que se estiver a experienciar tal como elas são, sem as julgar nem analisar (Abba, Chadwick & Stevenson, 2008; Oliver *et al.*, 2013). Existem várias terapias que integram o *mindfulness*, juntamente com outros princípios mais clássicos da terapia cognitiva (e.g. *Minfulness Based Stress Reduction*; *Mindfulness Based*

*Cognitive Therapy*) (Chadwick, Newman-Taylor & Abba, 2005; Hayes, Villatte, Levin & Hildebrandt, 2011).

As intervenções baseadas no *mindfulness* para a psicose tem como objetivo não só controlar os sintomas psicóticos positivos (e.g. alucinações, delírios), mas também diminuir o sofrimento que estes causam (Chadwick et al., 2005). De acordo com Chadwick *et al.* (2005), o sofrimento associado aos sintomas psicóticos ocorre, por um lado, porque os doentes não os compreendem completamente, pelo que os tentam evitar ou modificar e, por outro, porque ficam enredados em pensamentos negativos acerca de si e dos sintomas. Com estas intervenções pretende-se que os doentes desenvolvam uma resposta mais *mindful* aos sintomas, ou seja, que sejam capazes de os aceitar como experiências que lhes acontecem, mas que não são parte deles e que não representam a realidade (Chadwick et al., 2005; Hayes et al., 2011). Isto permite-lhes observar a experiência psicótica de forma descentrada e desfusionada, sem qualquer resistência ativa (Chadwick et al., 2005). Esta atitude descentrada (perceber que os pensamentos e emoções são apenas eventos da mente transitórios) ajuda-os efetivamente a diminuir o auto-criticismo e a ruminação e, conseqüentemente, o sofrimento (Chadwick et al., 2005; Hayes et al., 2001).

Contudo, e apesar da extensa literatura demonstrar a importância e eficácia do *mindfulness* no tratamento de várias perturbações mentais e noutras áreas (educação), existem poucos dados relativos à sua aplicação no tratamento da psicose (Abba et al., 2008; Oliver et al., 2013). Chadwick (2005) levou a cabo um estudo com doentes psicóticos que participaram num grupo de treino de *mindfulness*, em que estes apresentaram melhorias no seu funcionamento clínico geral. Numa meta-análise de intervenções de *mindfulness* na psicose (Khoury, Lecomte, Gaudiano & Paquin, 2013), mostrou-se que estas ajudaram a reduzir sintomas psicóticos, assim como outros sintomas associados e contribuíram para a melhoria da qualidade de vida destes doentes. Apesar da necessidade de mais estudos nesta área, os dados

sugerem que o *mindfulness* pode ter um efeito positivo na redução do sofrimento associado aos sintomas psicóticos.

### **1.5. Objetivos do estudo**

O presente estudo pretende explorar a relação entre a auto-aversão (e suas componentes), o medo da compaixão (de dar, de receber e auto-compaixão), as facetas do *mindfulness* e a paranóia (frequência dos pensamentos delirantes, grau de convicção e transtorno). Hipotetizou-se que os indivíduos com psicose que sentem mais auto-aversão, que se sentem mais desconfortáveis com a compaixão (nas suas várias vertentes) e que têm dificuldades em estar no presente, ruminando e julgando a sua experiência interna, apresentam níveis mais elevados de paranóia, sobretudo ao nível da sua frequência e do transtorno causado por esta. Dadas as evidências que o afeto negativo, particularmente a ansiedade, a tristeza e a vergonha, tem um efeito significativo no desenvolvimento e manutenção da paranoia, pretendemos perceber se a auto-aversão, que está relacionada com estas emoções, pode ter um efeito semelhante. Deste modo, e tendo em conta a fenomenologia da paranoia, espera-se que as componentes cognitivas, comportamental e fisiológicas da autoaversão e que os medo da compaixão, especialmente da autocompaixão, estejam mais associadas e que expliquem mais as diferenças na paranoia. Por último, pretendeu-se testar ainda o efeito mediador da faceta Descrever do *mindfulness* na relação entre autoaversão e a paranóia, de forma a perceber se a relação entre os sentimentos de autoaversão e os sintomas psicóticos sentidos pelos doentes é influenciada pela sua falta de competência em descrever as suas experiências internas tal como elas são.

## **II – Metodologia**

### **2.1. Participantes e Procedimento**

A amostra do presente estudo é constituída por 51 pacientes, 45 do sexo masculino e 6

do sexo feminino, diagnosticados com esquizofrenia ( $n = 39$ , 76.5%) e perturbação psicótica sem outra especificação ( $n = 12$ , 23.5%). Na selecção dos participantes foram tidos em conta alguns critérios de exclusão, nomeadamente: (1) idade inferior a 18 anos e superior a 65 anos; (2) preenchimento incompleto dos questionários de resposta; (3) problemas de compreensão que comprometeriam o preenchimento correto das escalas; (4) escolaridade inferior ao 4º ano; (5) presença de doença bipolar; (6) défice cognitivo marcado pela doença psicótica ou deficiência mental; (7) sintomas positivos marcados e refractários ao tratamento.

Os participantes apresentam uma média de idades de 34.84 anos ( $DP = 9.07$ ) e de anos de escolaridade de 9.78 ( $DP = 3.22$ ), não se verificando diferenças estatisticamente significativas entre os géneros no que diz respeito a estas variáveis (cf. Tabela 1). São maioritariamente solteiros ( $n = 41$ ; 80.4%), 51% ( $n = 26$ ) vivem com os pais e 54.9% ( $n = 28$ ) encontram-se desempregados. No que concerne aos dados clínicos, a maioria dos participantes ( $n = 49$ ; 98%) já foram internados uma ou mais vezes, em serviços de psiquiatria.

**Tabela 1.** *Características Demográficas da Amostra ( $N=51$ )*

	Masculino ( $n=45$ )		Feminino ( $n=6$ )		<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>		
Idade	35.18	9.11	32.33	9.11	.72	.48
Escolaridade	9.64	3.35	10.83	1.84	-.85	.40

Esta amostra clínica foi obtida a partir de uma recolha inserida num projeto mais amplo, relacionado com esta população clínica. Os participantes foram recrutados em diferentes serviços de Psiquiatria de vários hospitais públicos nas zonas Norte e Centro do país, mais especificamente no Centro Hospitalar Universitário de Coimbra, Hospital de Magalhães Lemos (Porto), Hospital de Santo André (Leiria) e Centro Hospitalar do Baixo Vouga, quer em contexto de consulta externa quer de internamento. Após a aprovação das Comissões de Ética da Saúde Mental das unidades hospitalares participantes, os pacientes foram recrutados

mediante uma sinalização efetuada pelos seus psiquiatras assistentes, que foram previamente informados dos objetivos do estudo. Num primeiro momento, os investigadores facultaram aos doentes informação referente à natureza dos dados, à sua confidencialidade e anonimato. A participação foi voluntária, sendo que cada paciente leu (ou foi lido pela equipa de investigação) a folha de consentimento, que foi de seguida assinada pelos participantes. A bateria de escalas utilizada engloba os instrumentos de dois estudos de investigação, tendo sido administrada pela autora do estudo aos participantes, em contexto clínico, demorando uma média de 60 minutos o seu preenchimento. Pelas características e especificidades da amostra optou-se pela leitura (muitas vezes acompanhada por explicações dos construtos avaliados) da cada escala aos participantes, como forma de garantir a compreensão e a veracidade das suas respostas. À bateria juntou-se uma folha de rosto com uma explicação sumária dos objetivos do estudo e com espaço para recolha de dados sociodemográficos.

## **2.2. Instrumentos de medida**

A *Escala Multidimensional da Auto-Aversão* (MSDS; Castilho, Pinto-Gouveia, Pinto & Carreiras, 2014), é uma medida de autorresposta, constituída por 32 itens, que visa avaliar o nojo/aversão que a pessoa sente pelas suas características psicológicas, físicas e comportamentais. Este instrumento está organizado em 4 subescalas que traduzem a natureza multidimensional da auto-aversão: *ativação defensiva*, focada na avaliação dos aspetos fisiológicos relacionados com a experiência de auto-aversão (e.g. “*O meu batimento cardíaco fica acelerado*”; “*A minha respiração fica ofegante*”); *cognições aversivas*, que reflete os pensamentos e a vivência emocional em relação às características pessoais no sentido da hostilidade, repugnância e desprezo (e.g. “*Sinto ódio/desprezo dessa parte de mim mesmo*”); *evitamento*, que se refere aos comportamentos e tentativas de evitamento e supressão dos aspetos do eu considerados aversivos (e.g. “*Disfarço/Dissimulo esses aspetos de mim pelos*

*quais tenho aversão*”; “*Desvio o olhar do meu corpo*”); e *exclusão* que envolve comportamentos de eliminação (“livrar-se de”) das características pessoais alvo da aversão (e.g. “*Sinto vontade de cortar, queimar, excluir essa parte de mim mesmo(a)*”). Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (0= nunca; 4= sempre), sendo pedido aos sujeitos que indiquem a frequência com que experienciam estas componentes da aversão, em relação a si próprio.

As propriedades psicométricas e a validade fatorial da medida foram estudadas pelos autores originais (Carreiras & Castilho, 2014) numa amostra de 604 pessoas, tendo apresentado uma boa consistência interna (coeficientes alfa de .95 na subescala de *activação defensiva*, .97 na subescala *cognições aversivas*, .77 na subescala de *exclusão* e .84 na subescala de *evitamento*). Em termos de validade convergente e divergente, a auto-aversão medida por esta escala correlacionou-se positivamente com evitamento experiencial (medido pelo AAQ II), com autocriticismo (medido pelo FSCRS) e com psicopatologia, nomeadamente depressão e ansiedade (medidas pelo DASS-21) e correlacionou-se negativamente com processos adaptativos de regulação emocional, nomeadamente autocompaixão (medida pela SELFCS) e tranquilização do *self* (medida pelo FSCRS). Deste modo, os autores concluem que esta escala apresenta boas propriedades psicométricas e que demonstra ser um instrumento fiável para a medição da auto-aversão, para além de ser o primeiro a medir este construto de uma forma multidimensional.

No presente estudo, a consistência interna revelou-se boa para as subescalas activação defensiva ( $\alpha=.91$ ), cognições aversivas ( $\alpha=.89$ ) e evitamento ( $\alpha=.80$ ). Em relação à subescala exclusão o valor de alfa de Cronbach obtido foi .56.

O *Questionário de Cinco Fatores de Mindfulness – 15* (FFMQ-15; adaptado para a população portuguesa por Gregório & Pinto Gouveia, 2013) é a versão reduzida da FFMQ, e visa avaliar o *mindfulness*, entendido como a capacidade de prestar atenção com um propósito,



no momento presente e sem ajuizar a experiência. Na versão original (FFMQ-39) o mindfulness é conceptualizado como um construto multifacetado, composto por cinco facetas distintas: *Observar*, *Descrever*, *Agir com Consciência*, *Não Julgar* e *Não Reagir* (Baer et al, 2006). A versão portuguesa da medida original (Gregório & Pinto Gouveia, 2011), numa amostra de 821 participantes, revelou uma solução de 5 fatores a explicar 50% da variância total. A consistência interna das facetas mostrou-se boa, sendo que estas se correlacionam moderadamente entre si, à exceção de alguns coeficientes de correlação obtidos com as facetas *Observar* e *Não Julgar*, respectivamente. Para a realização deste estudo, recorreremos à versão reduzida<sup>1</sup> da medida, constituída por 15 itens, organizados em 5 subescalas ou facetas. A escala de resposta tem um formato tipo *Likert* de cinco pontos (1 = nunca ou muito raramente verdadeiro; 5 = concordo muito frequentemente ou sempre verdadeiro). Relativamente à sua consistência interna, no presente estudo, obteve-se um  $\alpha = .53$  na subescala *Observar*,  $\alpha = .75$  na subescala *Descrever*,  $\alpha = .76$  na subescala *Agir com Consciência*,  $\alpha = .67$  na subescala *Não Julgar* e  $\alpha = .62$  na subescala *Não Reagir*.

A *Escala do Medo da Compaixão* (FCS; Gilbert, McEwan, Matos & Rivis, 2011; adaptado para a população portuguesa por Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011) é um inventário de autorresposta que pretende avaliar o medo da compaixão em três aspectos: (1) sentir compaixão pelos outros, (2) receber compaixão dos outros e, por fim, (3) sentir compaixão por si próprio (autocompaixão). Deste modo, a medida é composta por 38 itens organizados por três escalas: escala do medo da compaixão pelos outros (10 itens), em que se avaliam as crenças dos indivíduos acerca de sentirem compaixão em relação aos outros, através de itens como “*Ser demasiado compassivo torna as pessoas vítimas fáceis do aproveitamento por parte dos outros*” e “*Tenho medo de que se for compassivo, algumas pessoas se tornem*

---

<sup>1</sup> O artigo referente a esta adaptação está presentemente em elaboração, para posterior submissão.

*demasiado dependentes de mim*”; escala do medo da compaixão dos outros (13 itens), em que se avaliam as crenças que as pessoas têm acerca da forma como as outras pessoas se relacionam consigo, através de itens como “*Tento manter a distância em relação aos outros mesmo quando sei que eles são amáveis*” e “*Se acho que alguém está a ser amável e carinhoso para comigo, fecho-me ou ‘levanto uma barreira’*”; e escala do medo da compaixão pelo *self* (15 itens), em que se avaliam as crenças das pessoas relativamente à forma como se relacionam consigo próprias, medidas através de itens como “*Temo que, se me tornar demasiado compassivo para comigo mesmo, perca o meu auto-criticismo e os meus defeitos se tornem evidentes ou visíveis*” e “*Temo que, se desenvolver compaixão para comigo mesmo, me tornarei numa pessoa que não quero ser*”.

Cada item é cotado numa escala tipo *Likert* de 4 pontos (0 = discordo completamente; 4 = concordo completamente). Os resultados parciais, obtidos em função de cada uma das escalas constituintes, indicam que pontuações mais elevadas traduzem maior medo da compaixão. No estudo original, as três escalas mostraram ter boa consistência interna, com valores de alfa que variaram de .84 a .92, para a escala do medo da compaixão pelos outros, escala do medo da compaixão dos outros e escala do medo da autocompaixão, respetivamente. Na aferição portuguesa (Simões, 2012) os valores de consistência interna foram igualmente bons, com  $\alpha = .883$  para a escala do medo da compaixão dos outros,  $\alpha = .91$  para a escala do medo da compaixão pelos outros, e  $\alpha = .94$  para a escala do medo da autocompaixão. No presente estudo, os valores de alfa de Cronbach obtidos foram de .82, .87 e .90, para a escala do medo da compaixão pelos outros, do medo da compaixão dos outros e do medo da autocompaixão, respectivamente.

O Questionário da *Paranoia Checklist* (PC; Freeman et al., 2005; adaptado para a população portuguesa por Lopes & Pinto-Gouveia, 2005), medida de auto-resposta, que tem como objetivo avaliar a ideação paranoide de uma forma multidimensional. Composta por 18

itens que correspondem a pensamentos delirantes, num formato de resposta tipo *Likert*, e que pretende medir a frequência com que estes pensamentos ocorrem (1 = Raramente; 5 = Pelo menos uma vez por dia), o grau em que o sujeito acredita neles (grau de convicção) (1 = Não acredito; 5 = Acredito Totalmente), e por fim, o grau de transtorno (*distress*) causado pelos pensamentos delirantes (0 = Não causa transtorno nenhum; 4 = “Causa muito transtorno”). O instrumento apresenta uma excelente consistência interna, tanto no estudo original (Freeman et al., 2005) como na aferição portuguesa (Lopes, 2010), com valores iguais ou superiores a .90 nas três dimensões da escala, em ambos os estudos de aferição. Na presente investigação, os alfas de Cronbach obtidos foram de .93 na Frequência, .91 no Grau de Convicção e .94 no Transtorno.

### 2.3. Estratégia Analítica

O estudo teve um desenho transversal. O tratamento estatístico dos dados foi realizado através do programa *IBM SPSS Statistics 22* (SPSS Inc, Chicado, IL, USA). Foram calculadas estatísticas descritivas (frequências para variáveis categóricas e médias e desvio-padrão para variáveis contínuas) para caracterizar a amostra. Para a comparação da média amostral de dois grupos independentes recorreu-se ao teste *t de Student* para amostras independentes. Os pressupostos deste teste foram analisados, no que respeita às normalidades das distribuições e à homogeneidade das variâncias. A homogeneidade das variâncias nos dois grupos foi analisada através do teste de Levene. Consideraram-se estatisticamente significativas as diferenças entre as médias cujo p-value do teste fosse inferior ou igual a .05 (Maroco, 2010). Matrizes de correlação de Pearson foram realizadas para explorar as associações entre as variáveis em estudo. As magnitudes dos coeficientes de correlação foram analisadas de acordo com as orientações de Pestana e Gageiro (2005).

De seguida, foram realizados modelos de regressão linear simples para testar a contribuição da auto-aversão (e suas componentes), dos medos da compaixão (nas suas três

vertentes) e das facetas do *mindfulness* (variáveis independentes) na paranoia (e.g., Frequência e Transtorno) (variáveis dependentes). Os resultados obtidos com estas análises levaram-nos a explorar o papel mediador da faceta Descrever do *mindfulness* (FFMQ) na relação entre a resposta de ativação defensiva da auto-aversão (MSDS) e o transtorno causado pelos pensamentos delirantes (PC). Os modelos de mediação (ou modelos de variáveis intermediárias) pressupõem que a variável X (independente ou preditora) exerça um efeito causal sobre a variável Y (dependente ou critério) através da influência de uma terceira variável, a variável mediadora (M). Recorreu-se à ferramenta estatística PROCESS (Hayes, 2013) para conduzir a análise de mediação, em que se testou o efeito indirecto da auto-aversão, no seu componente de ativação fisiológica (e.g. batimento cardíaco acelerado, respiração ofegante, ter vontade de vomitar) (variável independente ou preditora) no transtorno causado pela ideação delirante (variável dependente), através da faceta de Descrever (i.e. ser capaz de falar acerca das experiências internas tal como estas se apresentam) (variável mediadora) (Modelo 4; Hayes, 2013). Os efeitos indirectos foram testados através do bootstrapping (com 5000 amostras), um procedimento que cria intervalos de confiança BCa de 95% (*bias-corrected and accelerated confidence intervals* – BCa CIs) do efeito indirecto. O efeito indirecto é considerado significativo quando o intervalo de confiança não inclui o zero (Hayes, 2013).

### III - Resultados

#### 3.1. Análise Preliminar dos dados

Foi analisada a normalidade das variáveis em estudo através do Teste de *Kolmogorov-Smirnov*, assim como o enviesamento em relação à média através dos valores de assimetria e de achatamento. Apesar das variáveis em estudo não apresentarem uma distribuição normal, os valores de Skewness e de Kurtosis não evidenciam graves enviesamentos ( $Sk < |3|$  e de  $Ku < |10|$ ; Kline, 1998) (cf. Tabela 2). Assim sendo, optou-se por recorrer aos testes paramétricos pela robustez que estes apresentam face a violações à normalidade das variáveis. A análise dos

outliers foi efectuada com recurso à representação gráfica dos resultados (Diagrama de Extremos e Quartis-Box Plot). As análises de regressão linear simples foram validadas tendo em conta os seguintes pressupostos: normalidade, homogeneidade (análise do gráfico de probabilidade normal) e independência dos resíduos (através da estatística de Durbin-Watson). As variáveis não se revelaram multicolineares ( $VIF < 5$ ). A presença de multicolinearidade entre as variáveis foi analisada mediante o cálculo dos VIF.

**Tabela 2.** *Valores Médios, Desvio-Padrão, SK e KU para as Variáveis em estudo*

	Média	Desvio-Padrão	Assimetria (Skewness)	Curtose (Kurtosis)
MSDS_Cognições Aversivas	13.69	8.58	.45	-.59
MSDS_Activação Defensiva	11.57	9.39	.72	-.07
MSDS_Evitamento	6.69	3.92	.15	-.51
MSDS_Exclusão	1.82	2.22	1.43	1.74
FFMQ_Observar	8.67	2.85	.41	-.18
FFMQ_Descrever	9.02	2.64	-.19	-.17
FFMQ_Agir com Consciência	10.02	2.69	-.32	.04
FFMQ_Não Julgar	9.43	2.61	.12	-.25
FFMQ_Não Reagir	8.22	2.56	-.46	.06
FCS_Outros	23.18	7.46	.02	-.72
FCS_Receber	21.24	10.49	-.00	-.89
FCS_Auto	17.43	11.03	.83	.48
PC_Frequência	38.33	16.50	.84	.28
PC_Convicção	44.61	14.77	.37	-.91
PC_Transtorno	27.02	17.58	.22	-.53

*Nota:* MSDS = Escala Multidimensional da Autoaversão; FFMQ = Questionário de Cinco Facetas do *Mindfulness*; FCS = Escala dos Medos da Compaixão; PC = Paranoia Checklist

### 3.2. Análises Descritivas

Primeiramente procurou-se testar as diferenças de género relativamente às médias nas variáveis em estudo. Deste modo, foram calculados os valores das médias e desvios-padrão para todas as variáveis em estudo, bem como os valores de  $p$  e  $t$ , através do método paramétrico *t de Student*. Na tabela 3 podemos observar as médias e os desvios-padrão obtidos na amostra

total para as variáveis em estudo, bem como as diferenças entre os géneros. Da análise da tabela verifica-se que não existem diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nas variáveis em estudo, à excepção do factor Não Julgar, medido pelo FFMQ-15. Ou seja, os homens apresentaram pontuações mais elevadas nesta faceta do que as mulheres, o que indica que são menos críticos e ajuizadores. A diferença entre os géneros nas médias desta variável apresentou um tamanho do efeito grande ( $d$  Cohen = 1.07,  $r = 0.47$ )<sup>2</sup>.

**Tabela 3.** Médias e Desvios-Padrão para a amostra total ( $N = 51$ ) e testes  $t$  de student para as diferenças entre homens e mulheres

Variáveis	Total ( $N = 51$ )		Masculino ( $N = 45$ )		Feminino ( $N = 6$ )		$t$	$p$
	Média	DP	Média	DP	Média	DP		
MSDS_Cognições Aversivas	13.69	8.58	13.27	8.30	16.83	10.83	-.96	.34
MSDS_Activação Defensiva	11.57	9.39	11.31	9.62	13.50	7.87	-.53	.60
MSDS_Evitamento	6.69	3.92	6.40	4.02	8.83	2.32	-1.44	.16
MSDS_Exclusão	1.82	2.22	1.98	2.30	.67	.82	1.37	.18
FFMQ_Observar	8.67	2.85	8.58	2.99	9.33	1.37	-.61	.55
FFMQ_Descrever	9.02	2.64	9.20	2.56	7.67	3.08	1.35	.18
FFMQ_Agir com Consciência	10.02	2.69	10.16	2.76	9.00	2.00	.99	.33
FFMQ_Não Julgar	9.43	2.61	9.73	2.53	7.17	2.23	2.37	.02
FFMQ_Não Reagir	8.22	2.56	8.20	2.61	8.33	2.34	-.12	.91
FCS_Outros	23.18	7.46	23.16	7.36	23.33	8.94	-.05	.96
FCS_Receber	21.24	10.49	20.78	10.92	24.67	5.79	-1.36	.20
FCS_Auto	17.43	11.03	17.67	11.46	15.67	7.58	.41	.68
PC_Frequência	38.33	16.50	38.11	16.62	40.00	16.95	-.26	.80
PC_Convicção	44.61	14.77	44.18	15.05	47.83	13.26	-.57	.57
PC_Transtorno	27.02	17.58	25.73	17.39	36.67	17.48	-1.45	.15

Nota: DP = Desvio-Padrão; MSDS = Escala Multidimensional da Autoaversão; FFMQ = Questionário de Cinco Facetas do *Mindfulness*; FCS = Escala dos Medos da Compaixão; PC = Paranoia Checklist

<sup>2</sup> Nesta classificação considerou-se  $r = .10$  um efeito pequeno;  $r = .30$  um efeito médio e  $r = .50$  um efeito grande (Field, 2009).

### 3.3. Análises de Correlação

De forma a perceber melhor o modo como a auto-aversão, os medos da compaixão e o *mindfulness* se relacionam com a experiência da ideação paranoide, procedeu-se à análise das correlações de *Pearson* entre as variáveis. Na tabela 4 (em anexo) podemos observar as correlações obtidas.

#### 3.3.1. Paranoia, auto-aversão, medos da compaixão e *mindfulness*

No que diz respeito à associação entre a paranoia (medida pela PC) e a auto-aversão (medida pela MSDS), a frequência dos pensamentos delirantes mostrou-se correlacionada de forma significativa, e no sentido da associação, com as cognições e sentimentos de auto-aversão. Por sua vez, o grau de convicção delirante revelou um coeficiente de correlação baixo e positivo com o componente de ativação defensiva (e fisiológica) da emoção de auto-aversão. Por último, o grau de transtorno apresentou uma associação significativa, positiva e moderada com as cognições e sentimentos de auto-aversão e com a activação defensiva da MSDS. As restantes associações entre a paranoia (frequência dos pensamentos delirantes, convicção e transtorno) e os componentes de evitamento e exclusão avaliados pela MSDS não se mostraram estatisticamente significativas.

Já no que concerne à associação entre a paranoia (medida pela PC) e os medos da compaixão (medidos pela FCS), a frequência dos pensamentos delirantes mostrou uma correlação significativa, alta e positiva com o medo da autocompaixão. Por sua vez, o grau de convicção delirante revelou um coeficiente de correlação baixo e positivo com o medo de sentir compaixão pelos outros e com o medo da autocompaixão. Por último, o grau de transtorno apresentou uma associação significativa, positiva e moderada com o medo de receber compaixão da parte dos outros e o medo da auto-compaixão. As restantes associações não se mostraram estatisticamente significativas.

Por último, no que diz respeito à associação entre a paranoia (medida pela PC) e o

*mindfulness* (medido pelo FFMQ), a frequência dos pensamentos delirantes apresentou um coeficiente de correlação baixo e negativo com a faceta *Descrever* do *mindfulness*. Já o grau de convicção delirante está significativamente correlacionado, no sentido negativo, com a faceta Agir com Consciência. Por último, o grau de transtorno apresentou uma correlação negativa moderada com a faceta *Descrever* e uma correlação negativa baixa com a faceta Não Julgar do *mindfulness*. As restantes associações entre a paranoia (frequência dos pensamentos delirantes, convicção e transtorno) e as facetas Observar e Não Reagir não se mostraram estatisticamente significativas.

É ainda importante referir que a frequência das ideias delirantes apresentou um coeficiente de correlação moderado e positivo com o grau de convicção delirante e um coeficiente de correlação alto e positivo com o grau de transtorno causado por estas ideias. Para além disto também se verifica uma associação significativa positiva e moderada entre o grau de convicção das ideias delirantes e o transtorno causado por estas.

### **3.3.2. Auto-aversão, Medos da compaixão e Mindfulness**

No que diz respeito à associação entre a autoaversão (medida pela MSDS) e os medos da compaixão (medidos pela FCS), verificou-se que a componente das cognições e sentimentos auto-aversivos se correlacionou de forma moderada e positiva com o medo de receber compaixão dos outros e com o medo da autocompaixão, tendo ainda apresentado uma correlação baixa e positiva com o medo de sentir compaixão pelos outros. Já o componente de ativação defensiva mostrou uma correlação baixa e no sentido positivo com o medo de receber compaixão dos outros e com o medo da autocompaixão. O componente de evitamento apresentou uma correlação baixa positiva com o medo de sentir compaixão pelos outros e ainda se correlacionou moderadamente e no sentido positivo com o medo de receber compaixão dos outros e com o medo da autocompaixão.

Relativamente à associação entre a auto-aversão (medida pela MSDS) e o *mindfulness* (medido



pelo FFMQ), verificou-se que a componente dos pensamentos e sentimentos auto-aversivos se correlaciona de forma moderada e no sentido negativo com a faceta Descrever e com a faceta Não Julgar do *mindfulness*, bem como uma correlação negativa baixa com a faceta Agir com Consciência. Por outro lado, a componente de activação defensiva apresentou uma correlação positiva baixa com a faceta Observar, uma correlação negativa baixa com a faceta Descrever e uma correlação negativa moderada com a faceta Não Julgar do *mindfulness*. Por último, a componente de evitamento da autoaversão mostrou estar moderadamente associado, no sentido negativo, com a faceta Não Julgar, tendo apresentado ainda uma correlação positiva baixa com a faceta Observar e uma correlação negativa baixa com a faceta Agir com Consciência do *mindfulness*. As restantes associações entre a componente de exclusão da autoaversão e as facetas do *mindfulness*, bem como as restantes componentes da auto-aversão e a faceta Não Reagir não se mostraram significativas.

Para além disto, é ainda importante referir que os componentes da autoaversão, conforme medidos pela MSDS, mostraram estar todos moderadamente correlacionados entre si, no sentido positivo. A associação entre a componente de evitamento e de exclusão mostrou-se não significativa.

### **3.3.3. Mindfulness e Medo da Compaixão**

A faceta Descrever do *mindfulness* (medida pela FFMQ) mostrou uma correlação negativa baixa com o medo de receber compaixão por parte dos outros e com o medo da autocompaixão. Já a faceta Agir com Consciência apresentou uma correlação negativa baixa com o medo de receber compaixão dos outros e uma correlação negativa moderada com o medo da auto-compaixão. Por último, a faceta Não Julgar apresentou um coeficiente de correlação baixo e negativo com o medo de sentir compaixão pelos outros e com o medo da autocompaixão, e um coeficiente de correlação moderado e negativo com o medo de receber compaixão por parte dos outros. As restantes associações entre as facetas Observar e Não

Reagir e os medos da compaixão não se mostraram significativas.

### 3.4. Análises de Regressão

Para explorar a contribuição relativa das variáveis em estudo na explicação da paranóia optou-se pela realização de análises de Regressão Linear Múltipla, com o recurso ao método *standard*.

O estudo das análises de correlação permite concluir que, de um modo geral, as variáveis em estudo não têm associações muito fortes com a frequência e a convicção das ideias delirantes. Deste modo, consideramos relevante começar por estudar a sua contribuição para o transtorno causado por estes sintomas. Na primeira análise usamos como variáveis independentes os componentes de Cognições Aversivas e Ativação Defensiva, dado que estas foram os componentes da autoaversão que se associaram com o transtorno. O sumário do modelo de regressão e os respetivos coeficientes são apresentados na tabela 5. O modelo obtido mostrou-se estatisticamente significativo,  $F_{(2, 48)} = 7.75$ ;  $p < .05$ , contribuindo 21% para a variabilidade do transtorno da ideação delirante. A análise dos coeficientes de regressão revelou que a Ativação Defensiva ( $\beta = .32$ ;  $p < .05$ ) foi a variável que mais influenciou o transtorno causado pelas ideias delirantes.

**Tabela 5.** *Análise de regressão múltipla com os componentes Cognições Aversivas e Ativação Defensiva da Auto-Aversão (MSDS) – variáveis independentes – a predizer o Transtorno da Paranoia (PC\_Transtorno) – variável dependente (n = 51)*

Preditores	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	F	$\beta$	t	p
Modelo 1	.49	.24	.21	7.75			.001
MSDS_Cognições					.25	1.72	.092
Aversivas							
MSDS_Ativação					.32	2.21	.032
Defensiva							

Seguidamente procuramos perceber se o *mindfulness* tem influência no transtorno causado pelas ideias delirantes. Deste modo, usamos como variáveis independentes as facetas Descrever e Não Julgar, que foram as que se mostraram associadas com esta variável nas análises de correlação. Como se pode observar na tabela 6, o modelo obtido mostrou-se estatisticamente significativo,  $F_{(2, 48)} = 7.75$ ;  $p < .05$ , contribuindo 21% para a variabilidade do transtorno da ideação delirante. A análise dos coeficientes de regressão revelou que a faceta Descrever ( $\beta = -.38$ ;  $p < .05$ ) foi o preditor que mais contribuiu para esta variabilidade.

**Tabela 6.** *Análise de regressão múltipla com as facetas Descrever e Não Julgar do Mindfulness (FFMQ) – variáveis independentes – a predizer o Transtorno da Paranoia (PC\_Transtorno) – variável dependente (n = 51)*

Preditores	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	F	$\beta$	t	p
Modelo 1	.49	.24	.21	7.75			.001
FFMQ_Descrever					-.38	-2.94	.005
FFMQ_Não Julgar					-.23	-1.73	.091

Depois disto, testamos um modelo em que introduzimos como variáveis independentes o medo de receber compaixão, o medo da autocompaixão e a faceta descrever do *mindfulness*. Estas variáveis do medo da compaixão mostraram estar associadas ao transtorno, nas análises de correlação, pelo que pode ser útil perceber melhor o seu contributo. Quanto à faceta Descrever, esta mostrou estar associada tanto com o transtorno, como com os medos da compaixão (de receber e de dar a si próprio). Como se pode ver na tabela 7, o modelo mostrou-se significativo,  $F_{(3,47)} = 6.56$ ;  $p < .05$ , explicando 25% da predição do transtorno. A faceta Descrever do *mindfulness* ( $\beta = -.30$ ;  $p < .05$ ) revelou ser o preditor significativo. Os medos de receber compaixão dos outros e da autocompaixão não se mostraram significativos.

**Tabela 7.** *Análise de regressão múltipla com os medos de receber compaixão e da autocompaixão (FCS) e a faceta Descrever do Mindfulness (FFMQ) – variáveis independentes – a prever o Transtorno da Paranoia (PC\_Transtorno) – variável dependente (n = 51)*

Preditores	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	F	β	t	p
Modelo 1	.54	.30	.25	6.56			.001
FCS_Receber					.18	1.05	.301
FCS_Auto					.20	1.17	.249
FFMQ_Descrever					-.30	-2.26	.029

Por fim, consideramos importante estudar melhor as duas variáveis que mais se associaram com a frequência das ideias delirantes, nomeadamente a faceta Descrever do *mindfulness* e o medo da autocompaixão, de forma a perceber qual o seu contributo. Na tabela 8 são apresentados o sumário da regressão e os coeficientes de regressão correspondentes. Este modelo mostrou-se significativo,  $F_{(2, 48)} = 9.76$ ;  $p < .001$ , explicando 26% da predição da frequência das ideias delirantes. A variável que mostrou contribuir mais para esta variância foi o medo da autocompaixão ( $\beta = .40$ ;  $p < .05$ ). A faceta Descrever do *mindfulness* não se mostrou significativa.

**Tabela 8.** *Análise de regressão múltipla com o medo da autocompaixão (FCS) e a faceta Descrever do Mindfulness (FFMQ) – variáveis independentes – a prever a Frequência da Paranoia (PC\_Frequência) – variável dependente (n = 51)*

Preditores	R	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> Ajustado	F	β	t	p
Modelo 1	.54	.29	.26	9.76			.000
FCS_Auto					.40	3.04	.004
FFMQ_Descrever					-.23	-1.76	.084

### 3.5. Estudo de Mediação

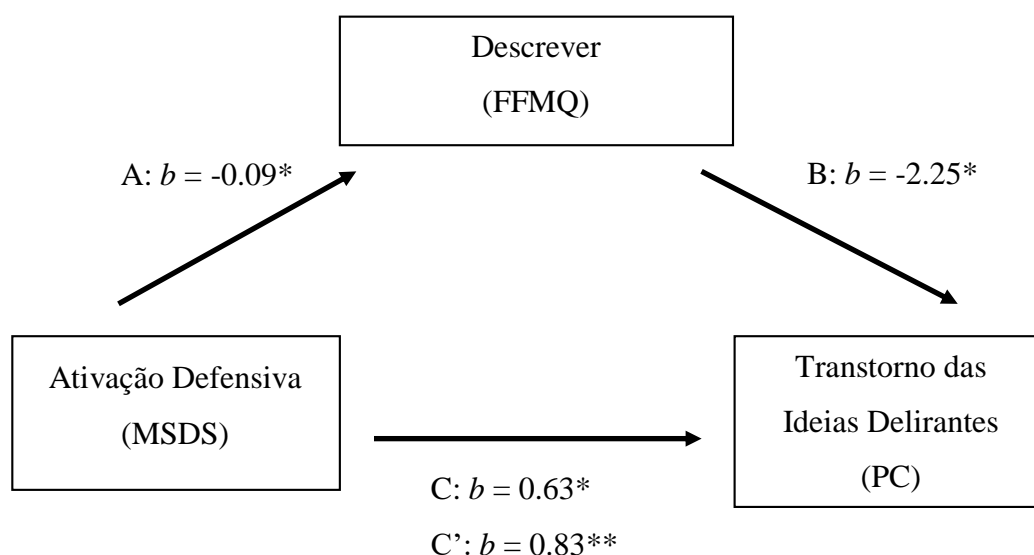
Partindo destes resultados interessantes relativos à psicose fazia sentido hipotetizar que a faceta Descrever do *mindfulness* pudesse funcionar como variável mediadora da relação

causal entre a resposta de ativação fisiológica da auto-aversão e o transtorno causado pelos pensamentos delirantes. Ou seja, testou-se um modelo causal da ativação defensiva (MSDS) na ideação delirante (PC), mediado pela faceta Descrever do *mindfulness* (FFMQ).

O modelo final revelou-se estatisticamente significativo,  $F_{(2, 48)} = 10.32$ ,  $p < .001$ , e explica 30% da variância do transtorno causado pelas ideias delirantes (paranóia). Como se pode observar na figura 1, a análise individual das trajetórias entre as variáveis mostra um efeito direto significativo e negativo entre a ativação defensiva da auto-aversão e a faceta Descrever ( $b = -0.09$ ,  $SE = 0.04$ ,  $p = .03$ ); um efeito direto significativo e negativo entre a faceta Descrever e o transtorno das ideias delirantes ( $b = -2.25$ ,  $SE = 0.85$ ,  $p = .01$ ). Os resultados mostram ainda que o efeito direto da ativação defensiva no transtorno causado pelas ideias delirantes é estatisticamente significativo ( $b = 0.63$ ,  $SE = 0.24$ ,  $p = .01$ ). O mesmo resultado é obtido para o efeito total, ou seja, este revelou-se igualmente estatisticamente significativo ( $b = 0.83$ ,  $SE = 0.24$ ,  $p = .001$ ). Os resultados mostraram ainda um efeito indireto significativo da ativação defensiva no transtorno causado pelas ideias delirantes, operado pela faceta Descrever do *mindfulness*,  $b = 0.20$ ,  $SE = 0.14$ ,  $IC\ 95\% = [0.004, 0.59]$ .

**Figura 1.** Análise de Mediação da faceta Descrever do *mindfulness* (FFMQ) entre a Ativação Defensiva (MSDS) e o Transtorno das Ideias Delirantes (PC).

Nota: \* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .001$ ; C = efeito direto; C' = efeito indireto



#### IV – Discussão

De entre os sintomas que caracterizam as doenças psicóticas, as ideias delirantes são um dos mais comuns (Oliver et al., 2013). As ideias delirantes são crenças ou ideias fixas que o doente tem e que não são alteradas, mesmo quando são apresentadas evidências que as contrariam (APA, 2014). A investigação tem mostrado que as emoções, particularmente a ansiedade, a tristeza, a vergonha e a preocupação podem contribuir para o desenvolvimento e manutenção destes sintomas (Freeman & Garety, 2003; Hepworth et al., 2013; Lincoln et al., 2009; Lincoln et al., 2013; Viegas & Castilho, 2013). Perante isto, pensa-se que outras emoções relacionadas com afeto negativo, tais como a aversão e a culpa, poderão ter também um papel importante neste sintoma (Freeman e Garety, 2003). A aversão é uma emoção defensiva básica que se caracteriza pela rejeição de certos estímulos que a pessoa considera potencialmente tóxicos ou prejudiciais (Olatunji & Sawchuk, 2005; Rozin et al., 2000). Ao longo de séculos de evolução, esta emoção tornou-se mais complexa, sendo que atualmente estímulos sociais também têm a capacidade de elicitar esta resposta emocional (Ille *et al.*, 2014; Rozin *et al.*, 2000). A aversão pode ser dirigida ao *self* (sentido de identidade; auto-aversão), o que significa que as pessoas podem sentir aversão em relação às suas próprias características pessoais (Ille et al., 2014).

Evidência empírica tem mostrado que a compaixão é uma emoção ligada ao sistema de afiliação-tranquilização e que contribui para a regulação e diminuição do afeto negativo, bem como para o aumento do afeto positivo e estabelecimento de relações afiliativas (Gilbert et al., 2011; Gilbert et al., 2012; Depue & Morrone-Strupinsky, 2005). Apesar disto, alguns indivíduos sentem marcadas dificuldades em aceitar atitudes compassivas vindas dos outros e/ou em relação a si próprios (Gilbert et al., 2011). Na psicose é comum uma atitude de medo e desconfiança em relação aos outros, bem como uma dificuldade em criar ligações afiliativas (Matos et al. 2012; Gumley et al., 2010), o que traduz a vivência de ameaça e de medo da

afiliação e dos sentimentos de segurança (*safeness*). A prática de *mindfulness* tem sido utilizada em intervenções com doentes psicóticos, de forma a ajudá-los a lidar com os seus sintomas e a diminuir o sofrimento associado, sendo os resultados obtidos bastante promissores (Chadwick et al., 2005; Ellett, 2013; Khoury et al., 2013; Abba et al., 2008; Oliver et al., 2013).

O presente estudo teve como principal objetivo explorar a relação entre a auto-aversão, o medo da compaixão (dos outros para consigo, de si para com os outros e por si próprio), o *mindfulness* e a paranóia (na frequência, grau de convicção e transtorno), numa amostra clínica com doentes com psicose. As hipóteses delineadas foram na sua maioria confirmadas e uma série de resultados importantes podem ser apontados.

Começamos por testar as diferenças de género relativamente às médias nas variáveis em estudo, através do método paramétrico *t de Student*. Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres nas variáveis em análise, à excepção da faceta *Não Julgar*, medida pelo FFMQ-15. Ou seja, os homens desta amostra clínica apresentaram pontuações mais elevadas na faceta *Não Julgar* do que as mulheres, o que indica que são menos críticos e ajuizadores. Este dado vai ao encontro de outros estudos que mostraram que, no geral, as mulheres são mais críticas, mais ajuizadoras e mais ruminativas do que os homens (Neff, 2003; Nolen-Hoeksema, Larson & Grayson, 1999; Castilho, 2011).

Os resultados decorrentes da análise correlacional mostraram na sua globalidade as relações esperadas. A componente cognições e sentimentos de auto-aversão mostrou-se positiva e significativamente correlacionada com a frequência dos pensamentos delirantes e com o grau de transtorno causado pelos mesmos. Por sua vez, a componente ativação defensiva (respostas fisiológicas da autoaversão) associou-se, no sentido esperado, quer com o grau de convicção delirante, quer com o grau de transtorno. Estes resultados apontam para a existência de relações significativas dos diferentes componentes da emoção de auto-aversão com as dimensões da paranóia, tal como esperado. Apesar de ainda preliminares, os resultados

parecem indicar que a autoaversão poderá ser uma emoção com um papel na manutenção dos sintomas psicóticos, embora não seja ainda clara a sua influência na psicose.

Por sua vez, o medo da autocompaixão revelou associações significativas com a frequência dos pensamentos delirantes, o grau de convicção delirante e o transtorno causado por estes. Dito de outra forma, os doentes psicóticos que têm mais dificuldade em se autotranquilizarem e se sentem incapazes de gerar sentimentos de calor, tranquilização e aceitação pelo eu manifestam mais pensamentos delirantes, endossam o conteúdo delirante das crenças e experienciam mais *stress* e interferência. Liotti e Gumley (2009) referem que os indivíduos com psicose são incapazes de se acalmarem, o que reflecte a ausência e/ou bloqueio nos sentimentos de prazer e segurança com a proximidade e afiliação aos outros. Outros estudos mostraram que os indivíduos que apresentam um estilo autocompassivo, focado em memórias e atributos positivos do eu, quando as coisas correm mal ou fracassam, estão mais protegidos de desenvolverem sintomatologia depressiva e ansiosa (Gilbert & Procter, 2006; Castilho, 2011). No que concerne ao medo de dar compaixão aos outros este mostrou-se correlacionado, no sentido esperado, com o grau de convicção, o que sugere que os doentes que acreditam sem juízo crítico nem *insight* que os outros lhe querem fazer mal (derivado das suas ideias delirantes) terão dificuldades em adotar uma atitude de compreensão e calorosa perante o sofrimento dos outros. Por fim, em relação ao medo de receber compaixão por parte dos outros, a correlação obtida com o grau de transtorno associado às ideias delirantes revelou-se positiva e significativa. No seu conjunto, estes dados sugerem que estes doentes têm dificuldades em ser tranquilizados pelos outros, o que parece resultar num agravamento do transtorno causado pelas ideias delirantes. Esta dificuldade pode derivar do elevado processamento de ameaça que caracteriza estes doentes, que faz com que sejam mais desconfiados em relação às intenções dos outros, o que por sua vez dificulta o estabelecimento de relações tranquilizadoras com estes (Gilbert et al., 2012). A investigação tem demonstrado



que as pessoas que têm mais dificuldades em aceitar e sentir compaixão, por si e pelos outros, têm níveis mais elevados de psicopatologia. Gilbert (2005) tem defendido que a compaixão está ligada ao afeto positivo e que tem a capacidade de regular as emoções, reduzindo o afeto negativo. Visto que os medos em relação à compaixão, tanto pelo próprio como pelos outros, levam a comportamentos que comprometem o desenvolvimento desta competência, podem ter como consequência um aumento no afeto negativo (e.g. depressão, auto-aversão) e na psicopatologia (e.g. depressão, paranóia). Os nossos resultados parecem indicar que, de facto, os medos da compaixão (e as dificuldades que advêm da incapacidade de lidar com sentimentos afiliativos) podem ter um impacto importante nas ideias delirantes.

Relativamente às facetas do *mindfulness*, a faceta Descrever mostrou-se associada, no sentido negativo, com a frequência e o transtorno das ideias delirantes. Ou seja, a capacidade dos doentes falarem e descreverem as suas experiências, tal como elas são, parece estar associada a menores níveis de paranoia, particularmente ao nível da frequência e do transtorno das ideias delirantes. Para além disto, a faceta Agir com Consciência mostrou estar associada, também no sentido negativo, com a convicção das ideias delirantes, o que sugere que os doentes que conseguem focar-se no momento presente e no que estão a fazer, independentemente dos seus pensamentos, acreditam menos nas suas ideias delirantes. Por último, a faceta Não Julgar mostrou estar associada, no sentido negativo, com o transtorno causado pelas ideias delirantes, o que sugere que quando os doentes são capazes de estar com as suas experiências, sem as julgar, sentem menores níveis de transtorno e de sofrimento. Mais concretamente, os resultados obtidos indicam que os doentes psicóticos mais capazes de descrever as suas experiências internas, sem as julgar, e de se focarem no que estão a fazer no momento, sem voltarem a sua atenção para o que estão a sentir, têm níveis mais baixos de paranóia. Estes resultados suportam estudos empíricos prévios que mostraram que o *mindfulness* poderá ser útil no ensinar os doentes a lidar com os sintomas psicóticos. Os estudos com intervenções baseadas no

*mindfulness* em doentes psicóticos têm mostrado que estas ajudam na redução dos sintomas psicóticos, especialmente ao nível do sofrimento associado aos sintomas (Chadwick et al., 2005; Khoury et al., 2013). Por exemplo, num estudo de dois casos clínicos, Ellett (2013), usou o treino de *mindfulness* de forma a reduzir a convicção, preocupação e o impacto das ideias delirantes destes dois doentes. Os seus resultados foram positivos, sendo que ocorreu uma diminuição destas dimensões ao longo da intervenção, tendo-se mantido ao longo do tempo.

No que diz respeito às associações entre a autoaversão, os medos da compaixão e o *mindfulness*, estas mostraram-se significativas, como esperado. Verificamos que, de uma forma geral, todos os componentes da autoaversão (exceto a componente exclusão) se associaram, no sentido esperado, com os medos da compaixão, o que sugere que níveis mais elevados de autoaversão estão associadas a mais medos da compaixão (de dar aos outros, de receber da parte dos outros e autocompaixão). Este é um dado novo, mas que vai no sentido de outros resultados encontrados na literatura, em que o estilo autocrítico se mostrou correlacionado com os medos da compaixão (Gilbert et al., 2011; Gilbert et al. 2012). No que diz respeito às associações entre a auto-aversão e o *mindfulness*, verificou-se que a faceta Observar revelou correlacionar-se, no sentido positivo, com o componente de ativação defensiva e de evitamento, o que sugere que, quanto mais estes doentes observam as suas experiências internas, mais sintomas fisiológicos da auto-aversão sentem e mais comportamentos usam para evitar a emoção. No entanto, estes dados devem ser considerados com cautela, dado que esta faceta apresentou neste estudo, em termos de consistência interna, um  $\alpha = .53$ . Isto pode ter resultado do  $n$  relativamente pequeno da amostra, a que o alfa de Cronbach é muito sensível. Já a faceta Descrever associou-se, no sentido negativo, com as componentes de cognições aversivas e de ativação defensiva da autoaversão, o que sugere que os doentes que falam mais acerca das suas experiências internas (de aversão), descrevendo-as tal como elas são, experienciam menos pensamentos e emoções autoaversivas e menos

manifestações fisiológicas desta emoção. Por sua vez, a faceta Agir com Consciência correlacionou-se, no sentido negativo, com as componentes de cognições aversivas e de evitamento, o que sugere que, quando os doentes se focam no que estão a fazer, no momento presente, e não nos seus pensamentos, experienciam menos pensamentos auto-aversivos e envolvem-se em menos comportamentos para procurar evitar os aspetos de si que consideram aversivos. Por último, a faceta Não Julgar associou-se, também no sentido negativo, com três componentes da auto-aversão, com exceção da Exclusão. Estes resultados indicam que os doentes que são capazes de descrever, não julgar e agir com consciência, isto é, que são capazes de falar acerca das suas experiências internas, sem julgamentos e de se focarem no que estão a fazer no momento, experienciam níveis menores de cognições autoaversivas e de sintomas fisiológicos a estas associados, bem como empreendem menos esforços para evitar os aspetos que consideram aversivos. Finalmente, o medo de receber compaixão por parte dos outros e o medo da autocompaixão mostraram-se associados, no sentido negativo, com as facetas Descrever, Agir com Consciência e Não Julgar do *mindfulness*. O medo de dar compaixão aos outros, por sua vez, associou-se negativamente com a faceta Não Julgar. Neff (2003) refere que a compaixão e o *mindfulness* estão relacionados, dado que o *mindfulness* é um estado de consciência que implica a aceitação das experiências internas. Segundo ela, uma postura compassiva, especialmente para connosco próprios, passa também pela cultivação deste estado de consciência. Os nossos resultados podem ser compreendidos neste contexto, ou seja, quando os doentes são capazes de adotar uma postura mais *mindfull* em relação às suas experiências, os seus medos da compaixão reduzem, e portanto a mente é mais compassiva (ativação do sistema de tranquilização) (Gilbert, 2005; Neff, 2003).

De seguida, com o objetivo de explorar de forma mais completa a relação entre auto-aversão, os medos da compaixão, as facetas do *mindfulness* e a paranóia (frequência, grau de convicção e transtorno) foram realizadas estatísticas de Regressão Linear Simples, utilizando as

variáveis que mostraram estar associadas com a frequência e o transtorno nas análises de correlação. Começámos por analisar a contribuição dos componentes de Cognições Aversivas e Ativação Defensiva da autoaversão para o transtorno causado pelos sintomas psicóticos. Verificou-se que a ativação defensiva foi a que mais contribuiu, no sentido esperado, para a variância do transtorno. Isto sugere que os doentes que experienciam mais manifestações fisiológicas da emoção de autoaversão têm maiores níveis de sofrimento associado aos seus sintomas delirantes. A auto-aversão é uma emoção muito pouco estudada, tanto em doentes psicóticos como com outras populações clínicas, pelo que a sua relação com a psicopatologia não é ainda completamente compreendida. Nos poucos estudos realizados, observa-se que níveis elevados desta emoção parecem ocorrer em vários tipos de perturbações mentais para além da esquizofrenia, tais como depressão (Powell, Simpson & Overton, 2013), perturbação *borderline* de personalidade e perturbações com comportamento alimentar (Ille et al, 2014). Note-se ainda que a escala que utilizamos para medir a autoaversão é uma medida recente, que tem a vantagem de avaliar esta emoção de forma multidimensional, mas com a qual existem ainda poucos estudos. Não obstante, os nossos resultados neste estudo vão no mesmo sentido que os resultados obtidos no estudo de Ille et al. (2014), em que os autores verificaram a ocorrência de níveis mais elevados de auto-aversão em todas as patologias avaliadas, comparativamente com um grupo de controlo. Mais ainda, os doentes com esquizofrenia obtiveram pontuações elevadas na subescala de aversão pessoal (da QASD) que avalia a autodesvalorização da pessoa. Por outro lado, a prática clínica com doentes psicóticos, assim como uma série de dados empíricos, evidenciam que a presença de emoções negativas (ansiedade, tristeza, raiva, vergonha) constituem factores de manutenção dos sintomas psicóticos e das taxas de recaída e hospitalização (Birchwood et al, 2006; Freeman & Garety, 2003).

De seguida, procuramos perceber se o *mindfulness* tem influência no transtorno causado

pelas ideias delirantes, usando para isso as facetas Descrever e Não Julgar como variáveis preditoras. Os nossos resultados indicam que a faceta Descrever é a que mais contribui, no sentido negativo, para esta variabilidade. Este dado sugere que uma menor capacidade dos doentes em falarem acerca das suas experiências internas tal como elas são está associada a maiores níveis de transtorno sentido devido às ideias delirantes. Depois disto, testamos um modelo em que introduzimos o medo de receber compaixão, o medo da autocompaixão e a faceta Descrever do *mindfulness* como preditoras do transtorno das ideias delirantes. Este modelo mostrou explicar o transtorno, sendo a faceta Descrever do *mindfulness* a que mais contribuiu para esta explicação. Isto confirma o dado que foi indicado anteriormente e sugere que a dificuldade do doente em falar acerca das suas experiências internas, pode ter mais impacto no transtorno causado pelas ideias delirantes do que a incapacidade de sentir compaixão por si próprio e de se tranquilizar. Este resultado sugere ainda que uma maior capacidade dos doentes para falar acerca das suas experiências internas e as descrevem, tal como elas são, pode ter um contributo para a diminuição do transtorno causado pelas ideias delirantes. Este resultado vai no sentido do tem sido feito ao nível da intervenção nas terapias cognitivo-contextuais para a psicose. Nos últimos anos têm-se assistido progressivamente ao aumento do recurso a estratégias como o *mindfulness* para o tratamento de doentes psicóticos (Chadwick et al., 2005; Khoury et al., 2013). Com o uso do *mindfulness*, estas intervenções procuram, essencialmente, reduzir o sofrimento que os sintomas psicóticos causam nos doentes, e não tanto ajudar os doentes a controlar os seus sintomas (Khoury et al., 2013). Posto de outra forma, o *mindfulness* ajuda a alterar a relação que os doentes estabelecem com os seus sintomas, de modo a que estejam mais abertos às suas experiências internas, reconhecendo-as como algo transitório e que não se envolvam em esforços para as tentar evitar nem julgar, dado que são estas respostas que contribuem para aumentar o sofrimento (Abba, 2008; Chadwick et al., 2005). Os nossos resultados confirmam que uma postura mais *mindfull* ajuda a diminuir o

sofrimento associado aos sintomas psicóticos, o que reforça a utilidade de incluir estas técnicas na intervenção.

Por fim, testamos um modelo em que usamos a faceta Descrever do *mindfulness* e o medo da autocompaixão como preditores da frequência das ideias delirantes. Este mostrou-se significativo, sendo que a variável que mostrou contribuir mais para esta variância foi o medo da autocompaixão. Tal sugere que os doentes que sentem mais dificuldades em se tranquilizar e em aceitarem o seu próprio sofrimento podem experienciar mais ideias delirantes. Os nossos resultados vão no mesmo sentido que os dados provenientes de outros estudos, acerca da relação entre os medos da compaixão e a psicopatologia (Gilbert et al., 2011; Gilbert et al., 2012). É também devido a esta relação que se tem vindo a aplicar a Terapia Focada na Compaixão no tratamento das perturbações psicóticas, a qual tem tido resultados promissores, ao nível da melhoria dos sintomas e redução do sofrimento relacionado com os sintomas psicóticos (Gumley, 2010). A investigação nesta área é algo reduzida, pelo que não se conhece muito bem o efeito direto desta terapia na redução dos sintomas psicóticos. Num estudo levado a cabo por Laithwaite et al. (2009), esta intervenção ajudou a melhorar a depressão e a auto-estima e, de forma mais reduzida, a comparação social e a vergonha dos doentes. Noutro estudo ainda, Braehler et al. (2013), verificaram que os doentes psicóticos que foram submetidos a esta terapia mostraram um aumento na compaixão quando falavam em relação à sua doença, comparativamente com o grupo de controlo, no fim do tratamento. Este aumento na compaixão teve um impacto positivo ao nível dos sintomas, para além de que se mostrou correlacionada com a diminuição na depressão e nas crenças negativas em relação à doença.

Tendo por base os resultados obtidos nas análises anteriores, estabeleceu-se a hipótese da faceta Descrever do *mindfulness* funcionar como uma variável mediadora da relação entre a ativação defensiva da auto-aversão e o transtorno causado pelos pensamentos delirantes. O modelo testado explicou 30% da variabilidade do transtorno da ideação delirante. Estes dados

sugerem que as sensações fisiológicas de autoaversão podem ter um impacto importante ao nível do transtorno e do sofrimento associado às ideias delirantes, ao serem operadas por uma incapacidade em falar e descrever as experiências internas tal como elas são. Por outras palavras, os doentes que experienciam mais reações fisiológicas perante aspetos de si próprios que consideram aversivos e que, simultaneamente, têm dificuldades em descrever essas experiências aversivas tal como elas são, têm níveis mais elevados de sofrimento. Este resultado vai encontro aquilo que é a premissa essencial da aplicação do *mindfulness* nas intervenções em doentes psicóticos. Segundo Chadwick et al. (2005), o sofrimento nestes doentes resulta do facto de eles não serem capazes de perceber, experienciar e aceitar os seus sintomas psicóticos tal como estes se apresentam no momento, focado-se em vez disso em julgamentos acerca das suas experiências ou de mesmos de si próprios. Deste modo, as intervenções baseadas no *mindfulness* procuram ajudar estes doentes a perceberem as suas experiências como algo que não faz parte deles e que não representa a realidade de forma correta, promovendo uma postura de aceitação em relação a estas (Chadwick et al., 2005).

Concluindo, os nossos resultados parecem dar uma contribuição importante para o estado da arte na psicose, em particular para as ideias delirantes, ao mostrarem que a autoaversão pode ter uma contribuição importante para o aumento do transtorno causado por estes sintomas, o que ainda não tinha sido demonstrado na literatura. Para além disto, os nossos dados mostram que a incapacidade em ter uma postura *mindfull* perante as experiências psicóticas, ou mais especificamente, a incapacidade de descrever as experiências e falar acerca delas, tal como estas ocorrem, contribui para o aumento do sofrimento e do transtorno causado pelas ideias delirantes. Por último, os nossos dados também mostram que o medo da autocompaixão, o qual pode levar a dificuldades ao nível da regulação das emoções, contribui para uma maior frequência das ideias delirantes.

## **Limitações do estudo e Futuras Investigações**

Este estudo tem algumas limitações que devem ser tidas em conta. A natureza transversal deste estudo não nos permite estabelecer relações causais conclusivas entre as variáveis, que são suportadas pela literatura. Deste modo, é importante que se conduzam intervenções longitudinais, de forma a compreender melhor estas relações. Note-se ainda que recorremos a questionários de autorresposta para medir as variáveis, apesar de estas terem sido aplicadas com o apoio de um investigador. Seria interessante que em futuras investigações se utilizassem entrevistas clínicas que permitam avaliar de forma mais adequada e fina estes construtos. Para além disto, deve continuar-se a estudar a contribuição que a autoaversão pode ter na psicose, bem como a sua relação com outras emoções, como por exemplo a vergonha. De igual forma, deve continuar-se a estudar a forma como o medo da autocompaixão contribui para as ideias delirantes e de que forma isto se opera. Poderia ser importante perceber, por exemplo, se estes medos podem ter também influência noutros sintomas psicóticos.

## **Implicações Clínicas**

O presente estudo tem várias implicações clínicas importantes. Em primeiro lugar, a autoaversão, especialmente nas suas componentes cognitiva e de ativação fisiológica, mostrou estar associada com a frequência, grau de convicção e transtorno causado pelas ideias delirantes. Este é um facto importante a ter em conta nas intervenções aplicadas a estes doentes, dado que ao ajudá-los a aceitarem os aspetos de si que consideram aversivos podemos conseguir efeitos positivos ao nível dos sintomas. Em segundo, o nosso estudo mostrou que o medo da autocompaixão pode ter um impacto importante na experiência dos sintomas psicóticos. A Terapia Focada na Compaixão tem vindo a ser utilizada no tratamento desta perturbação com bons resultados (Gumley et al., 2010; Laithwaite et al., 2009). Os nossos resultados reforçam a utilidade e o potencial desta terapia e da necessidade de ajudar os doentes



a relacionarem-se de uma forma mais compassiva consigo próprios. Para além disto, os nossos resultados salientam que uma postura e atitude mais *mindfull* pode ajudar na melhoria destes sintomas, especialmente ao nível do transtorno que estes causam. A faceta *Descrever* foi a que mais se salientou, o que sugere que ajudar os doentes a comunicar e a falar acerca das suas experiências internas (e.g. ideação delirante) pode ajudar a diminuir o incómodo que estas causam. Deste modo, parece importante e útil que as intervenções aplicadas nesta população clínica procurem aumentar a compaixão destes doentes, ao mesmo tempo que os ajudem a adotar uma atitude *mindfull* e equilibrada da experiência interna.

## Referências Bibliográficas

- Abba, N., Chadwick, P., & Stevenson, C. (2008). Responding mindfully to distressing psychosis: a grounded theory analysis. *Psychotherapy Research*, 18(1), 77-87.
- American Psychological Association (2014). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª edição). Lisboa: Climepsi
- Baer, R.A., Smith, G.T., Hopkins, J., Krietemeyer, J., Toney, L. (2006). Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment*, 13, 27-45.
- Bebbington, P.E., Bhugra, D., Brugha, T., Singleton N., Farrell, M., Lewis, G. & Meltzer, H. (2004) Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: Evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity . *The British Journal of Psychiatry*, 185 (3), 220 – 226.
- Birchwood, M., Meaden, A., Trower, P., Gilbert, P. & Plaistow, J. (2000). The power and omnipotence of voices: subordination and entrapment by voices and significant others. *Psychological Medicine*, 30(2), 337-344.
- Birchwood, M., Trower, P., Brunet, K., Gilbert, P., Iqbal, Z., & Jackson, C. (2006) Social anxiety and the shame of psychosis: A study in first episode psychosis. *Behaviour Research and Therapy*, 45 (5), 1025-1037.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J. & Gilbert, P. (2013). Exploring change processes in compassion focused therapy in psychosis: Results in a feasibility randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52, 199-214.
- Braehler, C., & Schwannauer, M. (2012). Recovering na emerging self: Exploring reflective function in recovery from adolescent-onset psychosis. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, 48-67.
- Cannon, M., & Clarke, M. C. (2005a). Risk for schizophrenia – broadening the concepts,

- pushing back the boundaries. *Schizophrenia Research*, 79, 5-13.
- Cannon, M., & Clarke, M.C. (2005b). Epidemiology and risk factors. *Psychiatry*, 4(10), 7-10.
- Carreiras, D. (2014). The Toxicity of the Self: Developing a new measure and testing a comprehensive model of the nature of Self-Disgust. Dissertação de Mestrado (não publicada).
- Castilho, P. (2011) Modelos de relação interna: Autocriticismo e Autocompaixão. Uma abordagem evolucionária compreensiva da sua natureza, função e relação com a psicopatologia. Dissertação de Doutoramento (não publicada).
- Chadwick, P., Newman-Taylor, K., & Abba, N. (2005). Mindfulness groups for people with psychosis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 33, 351-359.
- Depue, R. A. & Morrone-Strupinsky, J. V. (2005). A Neurobehavioral Model of Affiliative Bonding: Implications for Conceptualizing a Human Trait of Affiliation. *Behavioral and Brain Sciences*, 28 (3), 313-350.
- Ellett, L. (2013). Mindfulness for paranoid beliefs: Evidence from two case studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 41(2), 238-242. doi: 10.1017/S1352465812000586
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics using SPSS* (3<sup>rd</sup> Ed.). London: SAGE Publications
- Freeman, D., & Garety, P. A. (2003). Connecting neurosis and psychosis: the direct influence of emotion on delusions and hallucinations. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 923-947.
- Freeman, D., Garety, P.A., Bebbington, P.E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., Kuipers, E., Ray, K., & Dunn, G. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, 186, 427-435.
- Gilbert, P. (1998). The evolved basis and adaptive functions of cognitive distortions. *British Journal of Medical Psychology*, 71, 447-463.

- Gilbert, P. (2005). Compassion and cruelty. A biopsychosocial approach. In P. Gilbert (Ed.), *Compassion. Conceptualisations, research and use in psychotherapy* (pp. 9-74). East Sussex: Routledge.
- Gilbert, P., Birchwood, M., Gilbert, J., Trower, P., Hay, J., Murray, B., Meaden A., Olsen, K. & Miles, J.N. (2001) An exploration of evolved mental mechanisms for dominant and subordinate behaviour in relation to auditory hallucinations in schizophrenia and critical thoughts in depression. *Psychological Medicine*, 31(6), 1117 – 1127 .
- Gilbert, P., McEwan, K., Gibbons, L., Chotai, S., Duarte, J. & Matos, M. (2012). Fears of compassion and happiness in relation to alexithymia, mindfulness, and self-criticism. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 85, 374-390.
- Gilbert, P., McEwan, K., Matos, M., & Rivis, A. (2011). Fears of compassion: Development of three self-report measures. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 84, 239-255.
- Gilbert. P., & Procter, S. (2006). Compassionate mind training for people with high shame and self-criticism: Overview and pilot study of a group therapy approach. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 353-379. doi: 10.1002/cpp.507
- Gregório, S., & Pinto Gouveia, J. (2011). Facetas de mindfulness: características psicométricas de um instrumento de avaliação. *Psychologica*, 54, 259-280.
- Gumley, A., Braehler, C., Laithwaite, H., MacBeth, A., & Gilbert, P. (2010). A compassion focused model of recovery after psychosis. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 186-201.
- Hayes, A.F. (2013). *Introduction to mediation, moderation and conditional process analysis: a regression-based approach*. New York: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Villatte, M., Levin, M., & Hildebrandt, M. (2011). Open, aware and active:

- contextual approaches as an emerging trend in the behavioral and cognitive therapies. *Annual Review of Clinical Psychology*, 7, 141-168.
- Hepworth, C., Startup, H., & Freeman, D. (2013). Emotional processing and metacognitive awareness for persecutory delusions. In E.M.J. Morris, L.C. Johns & J.E. Oliver (Eds.), *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis* (pp. 33-46). Chichester: John Wiley & Sons
- Ille, R., Schöggel, H., Kapfhammer, H., Arendasy, M., Sommer, M., & Schienle, A. (2014). Self-disgust in mental disorders – symptom-related or disorder-specific?. *Comprehensive Psychiatry*, 55, 938-943.
- Kelly, A.C., Zuroff, D.C., Leybman, M.J., & Gilbert, P. (2012). Social Safeness, received social support, and Maladjustment: Testing a tripartite model of affect regulation. *Cognitive Therapy and Research*, 36(6), 815-826. doi: 10.1007/s10608-011-9432-5
- Khoury, B., Lecomte, T., Gaudiano, B.A., & Paquin, K. (2013). Mindfulness interventions for psychosis: A meta-analysis. *Schizophrenia Research*, 150 (1), 176-184. doi: 10.1016/j.schres.2013.07.055.
- Kline, R. B. (1998). Software review: Software programs for structural equation modeling: Amos, EQS, and LISREL. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 16(4), 343-364.
- Laithwaite, H., O'Hanlon, M., Collins, P., Doyle, P., Abraham, L., Porter, S. & Gumley, A. (2009). Recovery after psychosis (RAP): A compassion focused programme for individuals residing in high security settings. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 37(5), 511-526. doi: 10.1017/S1352465809990233
- Lincoln, T.M., Hohenhaus, F., Hartmann, M. (2013). Can paranoid thoughts be reduced by targeting negative emotions and self-esteem? An experimental investigation of a brief compassion-focused intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 37(2), 390-402.
- Lincoln, T.M., Lange, J., Burau, J., Exner, C., & Morritz, S. (2009). The effect of state anxiety

- on paranoid ideation and jumping to conclusions. An experimental investigation. *Schizophrenia Bulletin*, 36(6), 1140-1148. Doi: 10.1093/schbul/sbp029
- Liotti, G. & Gumley, A.I. (2009). An attachment perspective on schizophrenia: Disorganized attachment, dissociative processes and compromised mentalization. In M.D.A. Moskowitz & I. Schaefer (Eds.), *Dissociation and Psychosis: Converging Perspectives on a Complex Relationship* (pp.117-133). Chichester: John Wiley and Sons.
- Lopes, B. (2010). Paranoia e Ansiedade Social na população não clínica: Dois fenómenos diferentes? Dissertação de Doutoramento (não publicada)
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística: Com utilização do SPSS (3ª ed.)*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Gilbert, P. (2012). The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(4), 334-349. doi: 10.1002/cpp.1766
- McGrath, J., Saha, S, Welham, J., El Saadi, O., MacCauley, C., & Chant, D. (2004). A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. *BMC Medicine*, 2(13).
- Mills, A., Gilbert, P., Bellew, R., McEwan, K., & Gale, C. (2007). Paranoid beliefs and self-criticism in students. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 14, 358-364. Doi: 10.1002/cpp.537
- Morrison, A. (2001). The interpretation of intrusions in psychosis: an integrative cognitive approach to hallucinations and delusions. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29, 257-276.
- Myin-Germeys, I. & van Os, J. (2007). Stress-reactivity in psychosis: evidence for an affective pathway to psychosis. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 409-424.
- Neff, K. (2003). Self-compassion: an alternative conceptualization of a healthy attitude toward

- oneself. *Self and Identity*, 2(2), 85-101. doi:10.1080/15298860309032
- Nolen-Hoeksema, S., Larson, J., & Grayson, C. (1999). Explaining the gender difference in depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77(5), 1061–1072. doi: 10.1037/0022-3514.77.5.1061
- Olatunji, B., & Sawchuk, C.N. (2005). Disgust: characteristic features, social manifestations, and clinical implications. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(7), 932-962.
- Oliver, E. A., Fearon, P. (2008). Schizophrenia: epidemiology and risk factors. *Psychiatry*, 7(10), 410-414.
- Oliver, J.E., Joseph, C., Byrne, M., Johns, L.C., & Morris, E.M.J. (2013). Introduction to mindfulness and acceptance-based therapies for psychosis. In E.M.J. Morris, L.C. Johns & J.E. Oliver (Eds.), *Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis* (pp. 1-11). Chichester: John Wiley & Sons
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4th ed.). Lisboa: Edições Sílabo.
- Powell, P.A., Simpson, J., & Overton, P.G. (2013). When disgust leads to dysphoria: a three wave longitudinal study assessing the temporal relationship between self-disgust and depressive symptoms. *Cognition and Emotion*, 27(5), 900-913. doi: 10.1080/02699931.2013.767223
- Read, J. & Gumley, A. (2008). Can Attachment Theory Help Explain the Relationship Between Childhood Adversity and Psychosis? *Attachment: New Directions in Psychotherapy and Relational Psychoanalysis*, 2(1), 1-35
- Rozin, P., Haidt, J., & McCauley, C.R. (2000) Disgust. In M. Lewis & J. M. Haviland-Jones (Eds), *Handbook of emotions*, 2nd Edition (pp.637-653). New York: Guilford Press.
- Russell , T.A. , Rubia, K. , Bullmore , E.T., Soni, W., Suckling, J., Brammer, M.J., Simmons, A., Williams, S.C., & Sharma, T. (2000). Exploring the social brain in schizophrenia:

- Left prefrontal underactivation during mental state attribution. *American Journal of Psychiatry*, 157 (12), 2040 – 2042 .
- Saha, S., Chant, D., Welham, J., & McGrath, J. (2005). A systematic review of the prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine*, 2(5), 413-433.
- Simões, D. (2012). Medo da Compaixão: estudo das propriedades psicométricas da Fears of Compassion Scales (FCS) e da sua relação com medidas de Vergonha, Compaixão e Psicopatologia. Dissertação de Mestrado (não publicada)
- Thompson, K.N., McGorry, P.D. & Harrigan, S.M. (2003). Recovery style and outcome in first-episode psychosis. *Schizophrenia Research*, 62, 31–36 .
- van Os, J., Jones, P., Sham, P., Bebbington, P., Murray, R. M. (1998). Risk factors for onset and persistence of psychosis. *Social Psychiatry and psychiatric epidemiology*, 33(12), 596-605.
- Viegas, R. (2013). Social Rank and Schizophrenia: The evolutionary roots of paranoid delusions and co-morbid depression. Dissertação de Mestrado (não publicada).



# Anexo

**Tabela 4.** Correlações entre as ideias delirantes (PC), a autoaversão (MSDS), as facetas do *mindfulness* (FFMQ) e os medos da compaixão (FCS)

Variáveis	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
1. PC_Frequência	—														
2. PC_Convicção	.60**	—													
3. PC_Transtorno	.78**	.66**	—												
4. MSDS_Cognições negativas	.30*	.24	.41**	—											
5. MSDS_Activação Defensiva	.23	.33*	.44**	.50**	—										
6. MSDS_Evitamento	.00	.15	.18	.66**	.50**	—									
7. MSDS_Exclusão	.10	.05	.08	.41**	.41**	.24	—								
8. FFMQ_Observar	-.10	.07	.06	.08	.34*	.35*	.16	—							
9. FFMQ_Descrever	-.39**	-.26	-.44**	-.41**	-.31*	-.27	.12	.25	—						
10. FFMQ_Agir com Consciência	-.19	-.32*	-.24	-.39**	-.21	-.30*	-.05	.15	.23	—					
11. FFMQ_Não Julgar	-.20	-.10	-.33*	-.69**	-.41**	-.50**	-.22	.055	.27	.35*	—				
12. FFMQ_Não Reagir	-.12	-.07	-.13	-.18	-.05	-.19	.16	-.14	.32*	-.05	.08	—			
13. FCS_Outros	.21	.28*	.28	.29*	.09	.29*	.12	.09	-.05	-.20	-.30*	.02	—		
14. FCS_Receber	.26	.22	.42**	.49**	.31*	.42**	.19	-.10	-.36**	-.32*	-.49**	-.12	.56**	—	
15. FCS_Auto	.49**	.36**	.44**	.44**	.30*	.39**	.11	.02	-.39**	-.40**	-.31*	-.11	.43**	.68**	—

**Nota:** \* $p \leq .05$ ; \*\* $p \leq .01$ . PC = *Paranoia Checklist*; MSDS = Escala Multidimensional da Autoaversão; FFMQ = Questionário das Cinco Facetas de *Mindfulness*; FCS = Escalas do Medo da Compaixão.